Niveau(x) d'enseignement: 9 Numéro EDUQ : 8470467
Centre d'intérêt: 910

Chevrier-Doucet, Lise.

La réinsertion sociale et les services éducatifs pour les anciens patients psychiatriques / Chevrier-Doucet, Lise ; [responsable Maurice Emond ; pour la] Commission scolaire des Mille-Iles, Service de l'éducation des adultes. -- 2e éd. -- Laval : Le Service, 1983.
xiv, 91 p. ; 28 cm.

Bibliogr.: p. [79]-87.

ISBN 2-920586-05-X

Descripteur(s): *Santé mentale *Psychiatrie *Education des adultes

Identificateur(s) de sujet: *Malade mental *Patient psychiatrique *Réinsertion sociale

Mieux comprendre la clientèle des anciens patients psychiatriques et définir des modalités de services pour répondre à leurs besoins, voilà l'objet de ce rapport. Après des préliminaires sur la maladie mentale et la psychiatrie, l'histoire de la psychiatrie au Québec depuis 1960 et la réinsertion sociale du patient, le document entreprend de présenter le relevé des services qui existent pour ces patients à Laval. Il expose ensuite le rôle que peut jouer l'éducation des adultes en ce domaine, puis fait état d'une recherche-terrain auprès d'intervenants et d'anciens patients de la ville de Laval en vue d'évaluer les besoins éducatifs de cette clientèle.

La recherche-terrain a eu lieu en mars et avril 1981 et a consisté en entrevues semi-dirigées auprès de 26 intervenants, représentatifs de l'ensemble des ressources disponibles en santé mentale à Laval, et de trois groupes-témoins d'anciens malades.

Les anciens malades mentaux constituent un groupe marginalisé, non productif, à la charge de la population active. Les services publics, jusqu'à présent, n'ont porté que fort peu d'attention à ce groupe. L'implication d'un service d'éducation des adultes dans leur dossier constituerait un début de rupture du processus de marginalisation dont il est victime. Dans le cadre d'une telle intervention, il y aurait particulièrement lieu de colliger toutes les informations sur les histoires de cas, la nature des besoins, la formation reçue et l'intégration sociale, afin de vérifier l'impact des services éducatifs offerts sur le processus de réinsertion sociale.

Type de document: r
Région(s) administrative(s): 061
Financement: Bénéficiaire - Commission scolaire des Mille-Iles
Organisme(s) source(s) - MEQ-DGEA
Programme(s) de subvention - Aide à la recherche

EDUQ 8470467

COMMISSION SCOLAIRE DES MILLE-ILES
SERVICE DE L'ÉDUCATION DES ADULTES

LA RÉINSERTION SOCIALE ET LES SERVICES ÉDUCATIFS POUR LES ANCIENS PATIENTS PSYCHIATRIQUES

LAVAL, novembre 1983

CHEVRIER-DOUCET, Lise

EDUQ 8470467

Responsable: Maurice Emond
Conseiller pédagogique
Commission scolaire des Mille-Iles
Service de l'éducation des adultes
203 boulevard Sainte-Rose
Sainte-Rose, Laval H7L 1L5
(514) 625-6951

Dépôt légal: quatrième trimestre 1983
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN: 2-920586-05-X

COMMISSION SCOLAIRE DES MILLE-ILES
SERVICE DE L'ÉDUCATION DES ADULTES

LA RÉINSERTION SOCIALE ET LES SERVICES ÉDUCATIFS POUR LES ANCIENS PATIENTS PSYCHIATRIQUES

LAVAL, novembre 1983

CHEVRIER-DOUCET, Lise

coordination : Maurice Emond
dactylographie et mise en page : Nicole Bigras
Denise Boisier

première édition juin 1981
seconde édition novembre 1983

PREAMBULE

la commission scolaire des mille-îles

SERVICES ÉDUCATIFS

213 BOULEVARD SAINTE-ROSE, LAVAL, P.Q. H7L 1L7 TÉL.: 625-6951

AU LECTEUR DE CE TRAVAIL,

La Direction générale de l'éducation des adultes mandatait l'Education des adultes de la Commission scolaire des Mille-Iles à procéder à une recherche sur: La réinsertion sociale et les services éducatifs pour les anciens patients psychiatriques.

Les principaux objectifs d'une telle recherche visaient à mieux connaître ces personnes, à identifier leurs besoins éducatifs ainsi qu'à établir certains prérequis et/ou balises qui seraient indicatifs pour un Service d'éducation des adultes qui voudrait intervenir pédagogiquement auprès de cette clientèle.

La réalisation de cette recherche a été confiée à deux personnes qui ont, entre autre, plusieurs années d'expériences en tant que formateur d'adultes. D'abord Maud Debien et par la suite Lise Chevrier-Doucet sont les artisans de cette recherche avec la supervision du conseiller pédagogique du secteur de la formation socio-culturelle.

Nous espérons que ce travail apportera son éclairage pour quiconque s'intéresse à la réinsertion sociale et aux services éducatifs pour les anciens patients psychiatriques.

Maurice Emond

Maurice Emond
Conseiller pédagogique
Formation socio-culturelle

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIERES

Chapitres pages

INTRODUCTION xi

I.- MODELES D'EXPLICATION DE LA MALADIE MENTALE 1
1. Modèle médical et analytique 3
2. Modèle psycho-social 5

II.- LA PSYCHIATRIE AU QUEBEC DEPUIS 1960 6

III.- LE MALADE MENTAL ET LES LOIS 12

IV.- LA REINSERTION SOCIALE DE L'EX-PATIENT PSYCHIATRIQUE 16
1. Un phénomène aux multiples dimensions sociales 18
2. Le patient psychiatrique, un être étiquetté et stigmatisé 19
3. Le patient psychiatrique avant la réinsertion sociale 21
4. Le retour dans la société 22

V.- LES SERVICES DE REINTEGRATION SOCIALE A LAVAL 28

VI.- LE ROLE DE L'EDUCATION DES ADULTES AUPRES DES EX-PATIENTS PSYCHIATRIQUES 32
1. Recension des écrits 33
2. Motifs d'intervention d'un S.E.A. 34

VII.- LES BESOINS DE FORMATION DES ANCIENS PATIENTS PSYCHIATRIQUES 39
1. Méthodologie de la recherche-terrain 41
2. L'échantillon 42

VIII.- LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN 44
1. Le point de vue des intervenants 45
1.1 Contenus de formation pour les anciens patients psychiatriques 45
1.1.1 Aide à l'intégration au travail 45
1.1.2 Développement personnel 48
1.1.3 Formation de base 50
1.1.4 Synthèse 52
1.1.5 Intégration au régime régulier ou régime spécial ? 52
1.2 Contenus de formation pour d'autres clientèles 53
1.2.1 Famille d'origine ou d'accueil 53
1.2.2 Personnel de centres de réadaptation 56
2. Le point de vue des patients psychiatriques 56

pages

IX.- HYPOTHESES DE SOLUTIONS 59
1. Les caractéristiques psycho-pédagogiques de l'ancien patient psychiatrique 60
2. Principes d'intervention d'un S.E.A. 61
3. Services à établir 63
3.1 Services d'adaptation et de réadaptation: réhabilitation vocationnelle et éducation de base 63
3.2 Intégration aux cours réguliers 67
3.3 Education socio-culturelle et populaire 68
3.3.1 Cours sur mesure 68
3.3.2 Assistance à la communauté: animation communautaire 69
4. Recommandations 70

X.- SERVICES EDUCATIFS A D'AUTRES CLIENTELES 72
1. Clientèles directement impliquées auprès des anciens patients psychiatriques 74
1.1 Familles d'origine et d'accueil 74
1.2 Personnel des centres de réadaptation 74
1.3 Personnel enseignant des services d'éducation des adultes 74
1.4 Employeurs 74
1.5 Bénévoles et volontaires 74
2. Population en général 75
3. Recommandation d'une nouvelle recherche 75

RESUME ET CONCLUSIONS 76

BIBLIOGRAPHIE 78

Appendices

1. LISTE DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES 88

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux pages

I.- Formation professionnelle 47

II.- Développement de la personne 49

III.- Formation de base 51

IV.- Formation aux familles d'accueil 55

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, le service d'éducation des adultes de la Commission scolaire des Mille-Iles oeuvre auprès de clientèles de personnes adultes déficientes mentales. Cette action auprès de cette catégorie de personnes a amené un questionnement sur une autre clientèle qui est souvent associée de près ou de loin aux déficients ou aux "fous". Cette clientèle est celle des anciens patients psychiatriques, les malades mentaux.

Les praticiens du service d'éducation des adultes ont reçu des demandes pour répondre aux besoins éducatifs de cette clientèle. Plusieurs discussions avec des intervenants du secteur hospitalier auprès de malades mentaux ont remis en question certaines des images-types toutes faites de cette clientèle. En même temps, ces rencontres mettaient en lumière l'urgence d'innover des services pour répondre aux besoins de cette clientèle.

Cette recherche permet de mieux comprendre la clientèle des anciens patients psychiatriques et définir des modalités de services qui doivent être mis sur pied pour celle-ci.

Pour atteindre cet objectif, le rapport de recherche fournit des éléments de compréhension de la pratique psychiatrique. A cette fin, il fait état de modèles d'explication de la maladie mentale à l'intérieur de la pratique psychiatrique et trace un historique de la psychiatrie au Québec depuis 1960. Puis il situe le problème de la

réinsertion sociale du patient psychiatrique comme un phénomène aux multiples dimensions sociales et donne un compte-rendu des lois qui régissent le malade mental. Le rapport fait également le relevé des services de réintégration sociale pour les ex-patients psychiatriques de la ville de Laval.

Le rapport expose ensuite le rôle que peut jouer l'éducation des adultes dans la réinsertion sociale des patients ainsi que les motifs d'intervention d'un service d'éducation des adultes auprès de cette clientèle.

Le rapport fait aussi état d'une recherche-terrain auprès d'intervenants et d'anciens patients de la ville de Laval, qui recueille des informations pour évaluer les besoins de formation, en terme de contenus, d'une clientèle d'anciens patients psychiatriques.

Une définition des caractéristiques psycho-pédagogiques de l'ancien patient psychiatrique, le rapport explore quelques hypothèses de solution pour la mise sur pied de services.

Le dernier chapitre présente les besoins de d'autres clientèles directement reliées aux anciens patients et situe l'intervention d'un service d'éducation des adultes dans la problématique plus large de la santé mentale et de la prévention.

Deux recherchistes ont travaillé à la réalisation de ce projet. Maud Debien fut engagée en février 1981. Elle a exécuté la presque totalité de la recherche-terrain auprès d'intervenants et d'anciens patients psychiatriques de Laval. Elle a aussi recueilli des documents

d'information. Engagée au début de mai 1981, la deuxième recherchiste, Lise Chevrier-Doucet, a complété les entrevues nécessaires à la recherche-terrain. Elle a dépouillé quelques grandes sources retraçant des documents d'information de recherche en éducation des adultes aux Etats-Unis, en Europe et au Québec. Elle a retracé les expériences en éducation auprès de cette clientèle, pour y recueillir des données historiques, psychologiques et autres.

Elle a dépouillé la documentation recueillie par Maud Debien, ne retenant que les données pertinentes à ce rapport.

Elle a constitué le corpus du rapport et l'a rédigé. Elle a pu toujours compter sur la collaboration de Maud Debien pour des échanges d'information en vue de compléter les rapports, pour discuter de perceptions et de points de vue sur les hypothèses de solution.

Aucune des deux recherchistes n'est une spécialiste de la santé mentale, mais des praticiennes en éducation des adultes depuis 1975.

CHAPITRE I

MODELES D'EXPLICATION DE LA MALADIE MENTALE

CHAPITRE I

MODELES D'EXPLICATION DE LA MALADIE MENTALE

> Nos fous sont les enfants du Largactil et de la Révolution tranquille.
>
> Yannick Villedieu

Durant les cinquante dernières années, les disciplines préoccupées par les problèmes humains ont tenté de représenter la maladie mentale par le développement de modèles explicatifs de ce phénomène. Comme un modèle ne consiste pas en une théorie, mais bien en une élaboration d'analogies, le cheminement de cette évolution conceptuelle a été ardu, comportant des viscissitudes et des résistances. Le manque de certitude quant à la validité des diverses explications a entrainé une adhésion à une variété de modèles, chacun supportant une variable spécifique, soit biologique, psychologique, sociologique ou culturelle.

Ce débat interdisciplinaire a semé la confusion, les considérations de prestige et de pouvoir professionnels l'emportant souvent sur les efforts de compréhension de la psychopathologie en soi. Whybrow (1972)[1] est d'avis qu'un seul modèle basé sur une composante unilatérale peut difficilement rendre compte de la complexité de la maladie mentale. Toutefois, bien que la psychiatrie, la psychologie et les sciences sociales soient liées par une préoccupation mutuelle à l'égard de la

---

[1] J.C. Whybrow, The Use and Abuse of the Medical Model as a Conceptual Frame in Psychiatry, dans Psychiatry in Medecine, vol. 3, 1972, p. 333-341, cité par Marie-France Poletti. La réinsertion du patient psychiatrique: mise en lumière du dynamisme patient communauté, thèse (non publiée) de maîtrise en psychologie présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, Québec, 1979, VI-142 p.

maladie mentale, il semble qu'elles parviennent difficilement à joindre leurs énergies lorsqu'il s'agit d'élaborer un modèle explicatif. En effet, les modèles médical, analytique et psycho-social sont issus de points de vue très différents.

1. Modèle médical et analytique

L'idée d'assimiler la folie à une maladie, une maladie mentale, est relativement récente puisqu'elle est apparue vers la fin du dix-neuvième siècle avec l'avènement du scientisme et l'émergence de la psychiatrie comme science et pratique sociale. L'extension du modèle médical au domaine de la santé mentale est basée sur la présomption que les problèmes émotionnels peuvent être considérés d'un point de vue structural, comme étant similaires à la conception que l'on a des maladies physiques. La maladie mentale est vue comme un processus interne morbide qui s'exprime par une symptomatologie manifeste. Le modèle médical vise d'abord à identifier les causes de ce processus, puis à réduire les symptômes par un traitement approprié.

Selon Blaney (1975)[2] il y a quatre implications différentes qui peuvent découler d'une telle analogie entre la maladie mentale et la

---

[2] J.H. Blaney, Implications of the medical model in its alternatives dans American Journal of psychiatry, no 139, 1975, p. 911-914, cité par Marie-France Poletti, op. cit., p.8

maladie physique. En premier lieu, les désordres mentaux peuvent consister en des perturbations organiques. Deuxièmement, les manifestations peuvent être le résultat d'une perturbation sous-jacente qui n'est pas nécessairement d'origine organique. Pour les tenants du modèle médical, il s'agit de faire disparaître la symptomatologie manifeste du malade aussi rapidement que possible, même si la cause réside en un facteur psycho-social. Troisièmement, le modèle médical ne tient pas l'individu malade responsable de son comportement. Enfin, les adeptes du modèle médical ordonnent les symptômes psychiatriques en syndrômes en se basant sur la présomption que les stratégies de classement devraient constituer le procédé le plus heuristique pour décrire les pertubations mentales.

De son côté, le modèle analytique décrit les symptômes psychiatriques comme des mécanismes de défense contre les processus internes de l'individu.

Peu à peu, ces modèles ont été diffusés au sein de la population, surtout par l'entremise du mouvement d'hygiène mentale qui, depuis les années 1930 à 1940, informe la population du sujet de la maladie mentale. En présentant divers comportements déviants comme des manifestations similaires à la "maladie physique", ce mouvement voulait les rendre plus acceptables aux yeux de la population qui pouvait, en conséquence, modifier ses attitudes négatives à l'égard des malades mentaux.

MODELES D'EXPLICATION DE LA MALADIE MENTALE

2. Modèle psycho-social

Depuis quelques années le modèle psycho-social conteste de façon assez virulente le modèle médical de la maladie mentale. Alors que les adeptes du modèle médical interprètent divers comportements "anormaux" comme médicalement pathologiques, les partisans du modèle psycho-social les définissent comme une déviance par rapport aux normes sociales de l'environnement, comme des problèmes de vie reliés à l'environnement humain et matériel. Certains de ces derniers vont jusqu'à nier la maladie mentale en affirmant qu'elle est un mythe et qu'elle résulte du rôle social adopté par un individu qui répond ainsi à la stigmatisation de la société.

La psychiatrie communautaire, axée sur la prise en charge de la maladie et de la santé mentale par la communauté, est issue de ce dernier modèle.

CHAPITRE II

LA PSYCHIATRIE AU QUÉBEC DEPUIS 1960

CHAPITRE II

LA PSYCHIATRIE AU QUEBEC DEPUIS 1960

L'adhésion à cette nouvelle orientation sociale qu'est la psychiatrie communautaire s'est traduite au Québec par les grandes réformes asilaires des années 1960 et par la mise en place graduelle de nouveaux modes de soins psychiatriques.

A la suite de la parution en 1961, aux Editions du Jour, du témoignage d'un ex-patient psychiatrique, Les Fous crient au secours, dans lequel Jean-Charles Pagé décrit l'asile Saint-Jean-de-Dieu comme une prison sordide, le gouvernement du Québec crée la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques, (Commission Bédard), laquelle recommande la modification de la loi sur les hôpitaux psychiatriques et celle de la Curatelle publique, ainsi que la création d'une Commission des services psychiatriques. Les effets du rapport de la Commission Bédard sont la "désinstitutionnalisation" des hôpitaux psychiatriques et la professionnalisation de la psychiatrie.

Une des autres causes majeures de la "désinstitutionnalisation" est la prescription, par les psychiatres, de nouveaux médicaments qui suppriment ou atténuent grandement certains symptômes gênants de la maladie mentale. Ces médicaments sont les neuroleptiques, les anti-dépresseurs et les tranquillisants, dont le célèbre Largactil. C'est en quelque sorte la révolution psychopharmacologique ou la révolution tranquillisante qui permet à des milliers de patients psychiatriques, autrefois considérés comme de grands malades mentaux, de quitter

l'hôpital dans la mesure où les sympômes de leur maladie sont neutralisés. Ainsi en 1960, l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu compte 5,600 malades tandis qu'en 1968, elle en abrite 3,500.

Cette période se caractérise par la prise de conscience que la maladie mentale est une maladie au même titre que les autres. L'accent de la programmation est mis sur l'approche curative et les soins psychiatriques individuels vers le développement en force du système psychiatrique.

Vers 1971, la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) propose l'intégration des services psychiatriques au réseau général des soins médicaux. Dans le domaine de la santé mentale comme dans les autres secteurs de la maladie, l'aspect social et sociologique de la maladie devient prédominant. Il ne s'agit plus seulement de soigner la maladie, mais de la prévenir et d'assurer un suivi au patient.

Les objectifs poursuivis par la réforme Castonguay se concrétisent en 1971 par l'adoption de la loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 65). Cette loi prône l'accessibilité et la continuité des soins, avec l'objectif particulier d'intégrer le malade à son milieu. Ces objectifs entraînent comme conséquence majeure "l'abolition" de "l'asile" comme lieu privilégié de soins psychiatriques.

Afin de rendre ces soins accessibles géographiquement et de garder le malade mental le plus près possible de son milieu, des

départements de psychiatrie sont ouverts dans les hôpitaux généraux, avec des services internes ou externes (ceux-ci n'étant pas forcément dans les murs de l'institution). Les C.L.S.C. (Centres locaux de services communautaires) sont créés.

Cette phase se distingue par la reconnaissance du droit à la santé mentale pour tous, dans un système de santé et de bien-être dominé principalement par les technocrates et les nouveaux professionnels engagés dans le développement social, mais auquel chaque citoyen peut et doit contribuer, par le biais de l'intervention de l'Etat.

Les psychiatres ne sont plus considérés comme les seuls intervenants auprès des "malades". La mise en place d'équipes multidisciplinaires permet une diversification des interventions auprès des malades mentaux, ce qui constitue un pas vers une conception plus large, plus démédicalisée de la "folie".

A compter de 1976, le Ministère des Affaires sociales amorce un processus de décentralisation des activités de courte et de longue durée en psychiatrie au profit des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.), lesquels doivent instaurer une commission régionale de services de psychiatrie. Il incombe à ces organismes d'assurer un service de psychiatrie à la population de la région, de préciser la responsabilité de chaque établissement, de définir les relations de complémentarité entre divers établissements du territoire et de proposer s'il y a lieu, des modalités de réallocations des ressources.

LA PSYCHIATRIE AU QUEBEC DEPUIS 1960

La décentralisation s'accentue en 1979, lorsque des C.R.S.S.S. voient préciser et élargir leur mandat par un décret gouvernemental. Ils reçoivent la responsabilité d'exercer, sur leur territoire et en matière de services de santé mentale (non plus exclusivement de psychiatrie), les fonctions de planification et de programmation régionales, conformément aux plans conçus par le Ministère des Affaires sociales qui conserve les rôles d'évaluation et de contrôle.

La Commission administrative des services de psychiatrie du Québec met fin à ses activités en 1979, faisant place au Service des programmes de santé mentale au Ministère. Responsable de maintenir la qualité professionnelle et l'application des programmes de santé mentale, ce dernier doit conseiller le ministère dans l'élaboration de ses programmes, assurer le suivi dans les dossiers de santé mentale et veiller au succès de la décentralisation de ce secteur.

De plus en plus, se développent des ressources parallèlement au réseau officiel de pratique psychiatrique. Elles ont l'avantage d'être des ressources légères, adaptées aux besoins de personnes requérant des services de santé mentale et, moins onéreuses. Cette évolution se veut le reflet de la conscientisation de la collectivité à l'égard de la maladie mentale et une contestation virulente des modèles médicaux et institutionnels de psychiatrie basés sur une médication abusive et sur une "infantilisation du patient". Ces alternatives se basent sur l'entraide, la prise en charge, la réflexion, la démystification de la folie; leurs

thérapeutiques se fondent sur le développement de la créativité, sur le lien entre les malaises individuels et les problèmes de la société, sur la création d'un réseau de solidarité fort. C'est la prise en charge communautaire de la psychiatrie.

CHAPITRE III

LE MALADE MENTAL ET LES LOIS

CHAPITRE III

LE MALADE MENTAL ET LES LOIS

Les malades mentaux, les patients psychiatriques ou les ex-patients psychiatriques ne sont pas assujettis, contrairement à ce que l'on pourrait croire, à la Loi créant l'Office des personnes handicapées. Le malade mental chronique pourrait éventuellement être assujetti. Selon Anne Hébert, recherchiste à la Commission des droits de la personne, plusieurs malades psychiatriques refusent cette étiquette d'handicapé. Me Semco, conseiller juridique à l'Office des personnes handicapées, précise que les malades mentaux dépendent, selon le cas, de la Loi de protection du malade mental, de la Loi des services sociaux, de celle de la Curatelle publique ou de l'Aide sociale.

La Loi de protection du malade mental est antérieure à la promulgation de la Charte des droits et libertés de la personne. Elle remplace la Loi des institutions pour malades mentaux qui affirmait l'hégémonie de l'institution sur le malade mental. La Loi de protection du malade mental régit, selon l'article deux: "toute personne chez qui se manifestent des troubles d'ordre mental susceptibles de mettre en danger la santé ou la sécurité de cette personne ou la santé et la sécurité d'autrui".

La Loi permet une intervention de force pour l'évaluation psychiatrique ou la mise en cure fermée d'une personne jugée dangereuse, à la suite d'un examen psychiatrique.

LE MALADE MENTAL ET LES LOIS

En aucun cas, dans cette Loi, une personne n'a la capacité de se prévaloir d'une défense pleine et entière, de retenir les services d'un avocat ou d'un expert, de contre-interroger les témoins qui demandent son "internement", d'exercer un véritable droit d'appel sur le fond des décisions prises par les psychiatres. Il en va de même sur la capacité d'administrer ses biens, de consentir à un traitement, de protéger sa vie privée.

La Loi de protection du malade mental infantilise le malade en lui enlevant les responsabilités et les recours d'un citoyen à part entière, consacre le modèle médical selon lequel le malade n'est pas responsable de ses actes et confirme la suprématie des psychiatres seuls jugés aptes à évaluer l'état mental de la personne et la dangerosité de sa conduite envers lui-même et son entourage.

Les autres lois qui régissent le malade mental sont celles de la Loi des Services sociaux s'il est hospitalisé librement, la Loi de l'aide sociale s'il n'a plus aucun revenu et se retrouve après une hospitalisation sans ressources, et la Loi de la Curatelle publique s'il est dans l'impossibilité d'administrer ses biens.

La Commission des droits et libertés de la personne reconnait au malade mental et à l'ex-patient psychiatrique la possibilité de recourir à ses services advenant le cas d'une discrimination basée sur le "handicap mental" dans lequel est inclus la maladie mentale.

Durant ces dernières années, dans le cadre du mouvement de la promotion des droits de la personne, la défense des droits des ex-patients

psychiatriques comme citoyen à part entière ou comme personne, a suscité des regroupements d'ex-patients comme l'Association des psychiatrisés et Sympathisants du Québec, Solidarité-Psychiatrie, le programme d'aide logement.

CHAPITRE IV

LA RÉINSERTION SOCIALE DE L'EX-PATIENT PSYCHIATRIQUE

CHAPITRE IV

LA REINSERTION SOCIALE DE L'EX-PATIENT PSYCHIATRIQUE

L'intervention des services éducatifs d'une Commission scolaire ou d'une institution de formation à l'égard d'une clientèle d'ex-patients psychiatriques ne peut se faire que dans le contexte de la réhabilitation ou de la réinsertion sociale de ces ex-patients. L'éducation des adultes présente un lieu ainsi qu'un moyen de réintégration sociale.

Avant d'examiner le rôle que pourrait jouer un service d'éducation des adultes dans le processus de réinsertion sociale de l'ex-patient et après avoir posé quelques jalons de la pratique psychiatrique au Québec, il importe de bien cerner la réalité du vécu d'un ex-patient psychiatrique lorsqu'il reçoit son congé de l'hôpital et qu'il doit à nouveau réintégrer la société, ainsi que les attitudes que la société adopte lorsqu'elle doit accepter ce nouveau membre.

Malgré les progrès réalisés par la diffusion des différents modèles d'explication de la maladie mentale, Marie-France Poletti (1979) déplore l'absence d'un cadre conceptuel approprié au problème de la réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques. La pratique de la réinsertion sociale semble plus liée à l'action, plutôt qu'à un effort de prolongement ou d'extension des modèles en cours.

Malgré la bonne volonté des équipes mutidisciplinaires de santé mentale à vouloir assurer à l'ex-patient psychiatrique une réinsertion sociale réussie, cette absence de modèles de réintégration sociale, conjuguée à un manque dramatique de ressources communautaires, fait en

sorte que l'ex-patient psychiatrique se retrouve seul pour retourner dans la société. Cette situation a été dénoncée par l'Association des parents et amis des malades mentaux ou émotionnels dans une lettre ouverte au journal La Presse, le lundi 18 mai 1981 et plusieurs personnes interviewées aux fins de ce rapport ont informé les auteurs du même état de fait.

1. Un phénomène aux multiples dimensions sociales

La réadaptation, la réhabilitation ou la réinsertion sociale est un phénomène aux multiples dimensions sociales. Elle suppose que la société adopte des attitudes d'accueil et d'ouverture, ainsi que la mise en place et le fonctionnement de techniques de réadaptation. Il s'agit de "réhabiliter" l'ex-patient, c'est-à-dire promouvoir son droit à une existence normale, en le rétablissant dans ses droits et prérogatives, ses responsabilités et ses capacités comme un citoyen à part entière.

Dans le cas des ex-patients psychiatriques, il s'agit de faire de l'intervention d'ordre tertiaire, c'est-à-dire de prévenir les conséquences d'une réhospitalisation à long terme et de diminuer le nombre de patients institutionnalisés et le taux de malades mentaux chroniques. Cette intervention vise à réduire les séquelles de la maladie mentale. Les efforts à ce niveau vont dans le sens d'établir des programmes de réinsertion sociale de façon à ce que ceux-ci participent de nouveau, et avec le moins d'entraves possibles, à la vie de la communauté.

LA REINSERTION SOCIALE DE L'EX-PATIENT PSYCHIATRIQUE

2. Le patient psychiatrique, un être étiquetté et stigmatisé

Au cours de sa maladie, l'individu perd la capacité de transiger avec lui-même L'objectif de son placement en institution est le rétablissement de cette capacité. Pourtant, ce processus ne passe pas sans qu'un stigmate ne soit infligé à l'individu qui nécessite des soins psychiatriques, soit celui de malade mental ou fou.

Aussitôt que cette étiquette lui est attribuée, soit par des professionnels ou par des membres de la communauté, la personne ainsi désignée doit assumer une détérioration sensible de son statut dans la communauté.

La nécessité d'un séjour en institution diminue grandement la valeur sociale de l'individu pour ses proches, lesquels généralement, lui manifestent de l'hostilité, et l'abandonnent en se déchargeant de leurs responsabilités sur l'hôpital psychiatrique ou général. Caractéristiques des réactions du milieu familial du malade psychiatrique, le pessimisme et la négligence des proches du patient s'expriment par la préférence de voir le malade demeurer à l'hôpital (pouvant aller jusqu'au désintéressement le plus complet à l'égard de la vie du malade).

Ce rejet, cet étiquettage et cette marginalisation s'expliquent par la peur panique de la maladie mentale, qui engendre l'intolérance vis-à-vis le malade mental. La société voit la maladie mentale comme une énigme terrifiante que la plupart des gens évaluent en termes moraux,

puisque, selon le sondage d'Andrée Melanson-Ouellet[3] pour le compte du Ministère des Affaires sociales, la cause de la maladie mentale la plus citée de la part de la population est le manque de volonté, suivie de près par une maladie du cerveau et le manque d'amour des parents.

La maladie mentale représente pour les gens la perte de la rationalité et de la volonté, des qualités qui sont jugées comme appartenant spécifiquement à l'être humain. Cette perte produit une espèce d'horreur devant la déshumanisation du malade. Comme l'indiquent beaucoup d'études (entre autres, le labelling theory, aux Etats-Unis), la maladie mentale est un monstre que les gens veulent garder le plus éloigné possible d'eux-mêmes.

La maladie mentale est aussi perçue comme incurable. Cela explique peut-être le peu d'efforts consacrés à la réinsertion sociale. Les personnes qui ont fait un séjour en institution ou qui ont cherché de l'aide sont stigmatisées par ce verdict d'incurabilité.

Les malades mentaux sont aperçus comme des êtres potentiellement menaçants et dangereux pour la société. Ils sont considérés comme imprévisibles, excitables, incertains. Les malades mentaux avec lesquels, semble-t-il, il faut pas prendre de chance, sont aussi perçus comme des être incompréhensibles, étranges, mystérieux, dont la conduite bizarre est anti-sociale. Pour beaucoup, ils sont malades parce qu'ils ont choisi volontairement d'être malades.

---

[3] Andrée Melanson-Ouellet, Etude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec, dans Etudes et enquêtes, Ministère des Affaires sociales, Direction générale de la planification et évaluation, Service des études sociales, mai 1980, p. 128

Les attitudes d'exclusion qu'entretient la société sont d'autant plus marquées que le patient adopte un comportement pertubé qui est socialement visible. Plus un patient agit de façon "bizarre", il est susceptible d'être moins accepté que celui qui se retire ou se détache de la structure sociale. Les comportements qui sont condamnés le plus sévèrement sont ceux qui transgressent le plus les normes morales et sociales.

3. Le patient psychiatrique avant la réinsertion sociale

Lorsque la réinsertion sociale devient imminente, il n'est pas rare de constater que le patient psychiatrique manifeste des attitudes de crainte face à son milieu d'origine. Ce qui effraie le plus le patient, c'est l'éventualité de se retrouver seul dans la communauté, sans support et sans ressources disponibles lorsqu'il sentira le besoin d'être appuyé dans sa démarche de réintégration.

Des facteurs importants, comme les milieux familiaux et de travail, leurs attentes à l'égard des effets de l'hospitalisation et leurs exigences vis-à-vis du malade peuvent influencer le désir du malade de demeurer à l'hôpital ou de retourner vivre dans son milieu. La réinsertion peut se faire dans un milieu ou un système souvent inadéquat, générateur de conduites singulières et, par suite, de réhospitalisation.

LA REINSERTION SOCIALE DE L'EX-PATIENT PSYCHIATRIQUE

Selon Lewis (1973)[4], le patient de classe socio-économique défavorisée semble plus enclin à faire preuve de résistance au processus de réinsertion sociale, compte tenu du "gain secondaire" que lui apporte une hospitalisation prolongée. Ainsi, le patient ne possédant pas de foyer stable et n'entretenant pas de contacts sociaux avec le monde extérieur s'accrocherait davantage à l'institution qui lui offre, dans une certaine mesure, une sécurité personnelle (logement, nourriture, activités variées, etc...) et des satisfactions sociales. Beaucoup de patients semblent plus à l'aise à l'hôpital que dans la communauté. Plusieurs études mettent en évidence le fait que le patient ne perçoit pas la communauté comme un lieu de prédilection où il pourra s'épanouir émotivement et socialement. Une hospitalisation prolongée durant laquelle le malade est en perte d'autonomie face à l'institution peut accroître sensiblement la résistance au processus de réinsertion sociale.

Le séjour en institution représente la rupture ou l'abandon de plusieurs des liens sociaux qui lui assuraient une place dans la société. Les patients psychiatriques n'éprouvent souvent plus de sentiment de continuité avec la communauté. Ils se perçoivent comme des marginaux et paraissent avoir perdu leur sentiment d'appartenance sociale. Lorsque

---

[4] A.B. Lewis, <u>On resistance on discharge</u> dans <u>Comprehensive Psychiatry</u>, vol. 14, 1973, p. 357-363, cité par Marie-France Poletti, op. cit., p. 37.

les patients se perçoivent dans un rôle de déviant, ils doivent faire face à de plus grandes difficultés lors du processus de réinsertion sociale et leur adaptation à la communauté s'effectue de façon cahotique.

L'ex-patient psychiatrique, à cause de l'étiquette qu'on lui a apposée, se maintient, en réalité, sous la tutelle de l'hôpital psychiatrique ou du département de psychiatrie du centre hospitalier et son statut ne peut être défini que par rapport à ce dernier et non de la société en général.

4. Le retour dans la société

Déclarer un patient apte à rentrer dans la vie sociale n'équivaut pas toujours à le considérer comme guéri et non susceptible de rechute. Toutefois, au jour de son départ, il doit se comporter soudainement comme un adulte pleinement responsable et abandonner son rôle de malade sans identification sociale solide, suggéré par tout son entourage. Il doit rompre la dépendance qu'il a développé comme mode d'ajustement à l'hôpital. Cependant, son retour est souvent marqué par un changement de position (ou de rôle) au sein de la société et par le relâchement des liens qui l'unissaient jusque là aux autres membres.

L'étude du retour du malade dans la société exige la considération d'une série de faits: la sortie de l'hôpital, le retour dans la famille, au travail et dans le groupe des anciens amis. Chacun de ces moments peut présenter pour l'une ou l'autre position des difficultés très grandes qui sont de plusieurs ordres.

D'abord, il porte le vestige d'un diagnostic qui, par son aspect honteux et terrifiant, taxe préjorativement l'avenir du malade (maladie, hospitalisation, séquelles, effets de la médication). D'autre part, la séparation temporaire d'avec le milieu, jusqu'à ce que certaines formes de pensée ou de conduite aient cessé d'exister de façon significative pour l'individu, l'a amené à adopter les coutumes du milieu hospitalier, qui diffèrent largement de celles du milieu extérieur. Les changements subits par son identité en font un "aliéné" pour lui-même d'abord, avant d'en faire un pour les êtres qui l'entourent.

Ensuite, le milieu qui a perdu contact avec l'individu ne s'est ni préparé, ni amélioré en vue de son retour. La communauté n'est aucunement disposée à s'engager dans le processus de la réinsertion sociale du patient. Enfin, au sortir de l'hôpital, le malade doit témoigner de sa guérison par l'apparition d'un nouvel ordre vital et par l'apprentissage de nouvelles formes de vie. Les difficultés d'adaptation et certaines rechutes laissent deviner l'état d'extrême fragilité dans lequel il se trouve au moment où il s'apprête à retourner vivre dans la société. Les problèmes seraient simplifiés si la societé pouvait prendre conscience de son rôle positif dans le processus de réintégration sociale en démontrant plus de compréhension et de coopération.

Les changements présentés dans le monde dans lequel retourne vivre l'ancien malade psychiatrique exigent qu'il rattrape le rythme de vie en vigueur, qu'ils s'y maintiennent tout en s'y soumettant. Des actions simples peuvent paraître très complexes pour celui qui a vécu

en marge de la société. Se rendre jusqu'au coin de la rue pour jeter une lettre à la poste peut s'avérer une entreprise énorme pour celui qui a vécu sous bonne garde pendant quelque temps. A chacune de ces expériences, l'ex-patient remet en question les limites de ce qui lui est supportable.

Une régression à ce passé facile et sécurisant que constitue une hospitalisation devient une tentation pour celui qui se heurte quotidiennement et sans appui aux difficultés surgissant avec le milieu. En effet, parce qu'il est unilatéral, l'effort d'intégration sociale fait par l'ex-patient essuie, la plupart du temps, les rebuffades de son milieu qui n'a souvent aucun secours à lui apporter. Les attitudes rejetantes du milieu d'origine ne sont pas sans compromettre le processus d'intégration sociale.

Les principaux facteurs constituant un pronostic défavorable à la réintégration sociale sont: des problèmes liés à l'embauche, des difficultés d'ordre financier, des conditions d'habitation insalubres, l'isolement social et une vie familiale perturbée. Ces problèmes vécus de façon cruciale par les ex-patients psychiatriques sont de nature à modifier leur relation avec les membres de leur communauté.

Ainsi, selon Anne Hébert, recherchiste à la Commission des droits de la personne, qui fait une étude sur la réintégration des ex-patients psychiatriques ou du marché du travail, les données qu'elle a recueillies auprès de la plupart des centres hospitaliers et post-cures

existants permettent de tracer un portrait de la population des ex-patients à la recherche d'emploi et de souligner l'importance de l'exclusion du marché du travail.

Très succinctement, on peut dégager le "portrait" suivant: condition sociale marginale (bénéficiaire de l'aide sociale, isolement social), histoire d'hospitalisation d'une durée moyenne de deux à trois ans, population peu scolarisée, célibataire, la majorité a été diagnostiquée comme "psychopathe" (nombre élevé de schizophrènes) et est encore sous médication. La population à la recherche d'un emploi a également un âge moyen de vingt-cinq à trente ans. Les hommes sont également un peu plus nombreux que les femmes (60% d'hommes).

Parmi cette population, très peu réussissent à décrocher un emploi. Le taux de placement est très peu élevé et le maintien à l'emploi très difficile.

Le maintien à l'emploi est plus long lorsque la personne a été en formation ou lorsqu'elle a bénéficié de programme d'aide de l'employeur.

Il est difficile de tracer un portrait socio-économique plus complet des clientèles psychiatriques. Anne Hébert, comme l'auteur de ce rapport, se sont heurtées à l'absence de statistiques compilées et de suivi au dossier en ce qui concerne notre clientèle. A Laval, les personnes rencontrées tracent le profil de la clientèle du centre de jour de la Cité de la Santé et du Centre communautaire de l'Institut Albert-Prévost comme en majorité, de jeunes adultes de dix-huit à trente

ans (ou trente-cinq ans) de sexe masculin dont la scolarité atteint un secondaire V. On retrouve aussi un bon nombre de femmes au-dessus de quarante ans, à tendance dépressive, dont le rôle social de mère et d'épouse a été remis en question. Ces femmes sont considérées comme moins scolarisées.

CHAPITRE V

LES SERVICES DE RÉINTÉGRATION SOCIALE À LAVAL

CHAPITRE V

LES SERVICES DE REINTEGRATION SOCIALE A LAVAL

Les services de réintégration sociale à Laval, comme à Montréal, consistent surtout en services hospitaliers qui ont pour objectif de rétablir une première forme de socialisation chez les ex-patients psychiatriques. Ces services à Laval sont assurés par la Cité de la Santé de Laval pour la partie Est de Laval et par l'hôpital Sacré-Coeur et l'Institut Albert-Prévost pour la partie Ouest de l'Ile Jésus.

Les services hospitaliers de réinsertion sociale sont les thérapies behaviorales, occupationnelles et pré-vocationnelles administrées en services interne ou externe. Ces thérapies se centrent surtout sur l'acquisition d'apprentissages nécessaires à la vie quotidienne. Ces thérapies n'offrent pas vraiment la possibilité de développer des habiletés vocationnelles, ni celle de préparer le patient à jouer un rôle fonctionnel au sein de la famille et de la société.

Les centres de jours des hôpitaux permettent d'assurer une transition post-cure au moment où le patient tente de reprendre contact avec les siens. Ces centres essaient de maintenir le patient à un niveau satisfaisant d'ajustement psychologique et d'interaction sociale, afin d'éviter, ou du moins de diminuer, l'ampleur et le nombre de rechutes. Ces centres offrent des thérapies de groupes, des thérapies occupationnelles ou pré-vocationnelles.

Les moyens de réinsertion sociale extra-hospitaliers consistent au placement des patients dans des foyers d'accueil et de transition par

le Ministère des Affaires sociales. Ce placement est considéré comme la forme la plus ancienne d'assistance du milieu social aux anciens patients psychiatriques stabilisés. Ces formes d'accueil ont pour but d'actualiser le processus de réinsertion sociale des anciens patients et comportent un certain nombre de facteurs favorables tels, l'action de réadaptation, la possibilité d'un encadrement social durable et le souci d'éviter ou de pallier le rejet dont peuvent être victimes les anciens patients de la part de leurs proches. La vie en foyer d'accueil ou de transition devrait permettre au patient de s'identifier à de nouveaux modèles et d'apprendre de nouveau rôles sociaux tout en étant à l'abri de certaines tensions dues à une intégration communautaire plus rapide.

Cependant, les intervenants interviewés déplorent le manque de formation et d'information des personnes qui opèrent ces foyers et qui reproduisent les "structures asilaires" de l'hôpital psychiatrique. Les patients entretiennent, en général, une relation de dépendance quasi institutionnelle à la fois formelle et informelle vis-à-vis ces foyers.

Parmi les services extra-hospitaliers de post-cure, il existe des anciens ateliers protégés rebaptisés Centres de travail adaptés en conformité avec l'application de la Loi créant l'Office des personnes handicapées.

Ces ateliers qui sont, en principe, des centres de travail pour handicapés sont des organismes qui fournissent des emplois productifs

rénumérés aux handicapés pour répondre aux caractéristiques particulières de ces derniers. Ce sont des organismes à but non lucratif ou des associations coopératives qui doivent agir à titre d'entreprises ou d'employeurs et engagent une majorité de personnes déficientes mentales, avec un objectif d'intégration aux personnes handicapées physiques. Toutefois, l'Office des personnes handicapées demande que ces centres répondent à des besoins du marché et restent compétitifs. En ce qui concerne les ex-patients psychiatriques, ces ressources sont peu accessibles, à moins de souffrir de chronicité et de troubles affectant aussi l'intelligence. Ces centres ne présentent pas une vocation de formation.

Les centres de réadaptation pour adultes dont deux étaient en voie d'incorporation au printemps dernier à Laval, pourraient présenter un caractère de formation. Ces centres, dont la responsabilité relève du Ministère des Affaires sociales du Québec, se définissent comme un lieu où l'on accueille, durant le jour, des adultes handicapés auxquels on offre essentiellement des services de réadaptation sociale et d'apprentissage des habitudes de travail. Ces centres qui sont très nouveaux et en voie de formation, s'adressent principalement aux personnes handicapées physiquement et mentalement, c'est-à-dire les déficients mentaux et les malades mentaux chroniques. La chronicité se présenterait curieusement comme un des facteurs d'admissibilité à ces centres, alors qu'il est considéré comme l'échec des processus de réhabilitation. Il y a très peu de patients psychiatriques admis à ces centres. La rééducation comme telle de la clientèle d'ex-patients psychiatriques serait laissée pour compte.

CHAPITRE VI

LE RÔLE DE L'ÉDUCATION DES ADULTES AUPRÈS DES EX-PATIENTS PSYCHIATRIQUES

CHAPITRE VI

LE ROLE DE L'EDUCATION DES ADULTES AUPRES DES EX-PATIENTS PSYCHIATRIQUES

1. Recension des écrits

L'étude du contexte psychiatrique et le relevé sommaire des ressources en réintégration sociale hospitalières ou extra-hospitalières ne laisse entrevoir que peu d'interventions de la part de réseaux institutionnels et populaires d'éducation des adultes.

La recension des écrits concernant le rôle de l'éducation des adultes et les anciens patients psychiatriques a été réalisée dans les fichiers de la bibliothèque Education Psychologie communication de l'Université de Montréal, ainsi que dans les répertoires d'information automatisés ERIC, FRANCIS et Psychological Abstracts, dans les grandes sources Dissertation International Abstracts et Radar. Elle dégage la constatation d'une absence quasi-universelle d'expériences éducatives d'envergure donnant lieu à des écrits et à des recherches concernant les adultes malades mentaux, mésadaptés sociaux-affectifs ou ayant des difficultés d'apprentissage. La plupart des écrits traitent de problèmes de mésadaptation sociale ou de maladie mentale dont sont victimes les enfants, du rôle des institutions d'enseignement à leur endroit, ils traitent de services éducatifs donnés à des déficients mentaux ou handicapés physiques.

Les quelques expériences éducatives décrites à travers le relevé des textes relatent surtout des expériences ponctuelles se déroulant

en milieu hospitalier, dans certains centres de réadaptation comme le Centre Tresholds à Chicago. Les réseaux d'éducation des adultes interviennent peu auprès de cette clientèle. Un seul écrit recensé par le système ERIC décrit les programmes offerts à une clientèle de 400 déficients mentaux et malades mentaux par le Continuing Education of Pontiac, au Michigan. Il y a lieu de poser quelques hypothèses pour expliquer cette non-implication des agents traditionnels d'éducation.

Premièrement, il est possible que la peur du fou ait gravement diminué les efforts des réseaux d'éducation d'adultes qui, à cause de la méconnaissance de cette clientèle particulière que constitue les ex-patients psychiatriques, aient difficilement osé intervenir dans un domaine considéré de juridiction médicale.

Cependant, la propagation de nouveaux modèles d'explication de la maladie mentale dont le modèle psycho-social peut aider à une nouvelle intervention pour rapprocher le client de lui-même, de son environnement et lui restaurer sa capacité d'agir sur son milieu par l'éducation.

En deuxième lieu, à cause de l'infantilisation de l'ex-patient psychiatrique, par la nature de sa maladie, la médication et le rôle social qui lui a été dévolu, il est possible que les systèmes d'éducation n'aient pas développé de services pour une clientèle marginale dont la cause serait perdue d'avance. En ne le considérant pas cet ex-patient comme un adulte qui souffre, qui a besoin d'aide et qui peut guérir il est possible que les réseaux d'éducation des adultes aient observé des

pratiques d'exclusion formelles et informelles à l'endroit de ces patients à l'instar de la société. L'examen de la littérature démontre que les anciens malades sont considérés comme étant au même stade de développement émotif et éducationnel que celui d'enfants. La définition de l'adulte comme apprenant semble comporter une composante occulte se définissant comme la maturité psychologique et émotionnelle.

En troisième lieu, l'absence de recherches ou d'écrits de la part des éducateurs d'adultes ou des andragogues à l'égard de l'adulte exceptionnel fait rejaillir le sentiment d'impuissance, le rejet ou le manque d'intérêt à l'endroit de cette clientèle qui constitue le groupe le plus marginal de la société et le plus discriminé. L'action de l'éducation des adultes ou de l'andragogie devrait s'inscrire dans la lignée des modèles psycho-sociaux de la maladie mentale qui la considèrent comme des problèmes de vie liés aux conditions de l'environnement. Centrée sur les besoins de l'adultes, le rôle qu'elle pourrait exercer à l'égard de cette clientèle est la restauration de son autonomie et de sa capacité d'agir sur les conditions de sa vie par l'acquisition des connaissances, et des habiletés qui lui font défaut. L'éducation des adultes pourrait aider l'ex-patient à créer son propre pont vers son milieu et la réalité. Elle pourrait lui permettre de fabriquer ses outils pour modifier les conditions de sa vie et pour recouvrer la santé mentale. Les lieux où se déroulent l'éducation des adultes deviendraient des lieux d'accueil et de réinsertion sociale.

LE ROLE DE L'EDUCATION DES ADULTES AUPRES DES EX-PATIENTS PSYCHIATRIQUES

2. Motifs d'intervention d'un S.E.A.

Plusieurs motifs peuvent justifier l'intervention d'un service d'éducation des adultes dans le champ de la santé mentale et dans celui de la réhabilitation des anciens patients psychiatriques.

D'abord, il y a lieu de considérer la mission de l'éducation des adultes qui est, depuis toujours, un puissant agent de socialisation et de changement.

Il y a lieu de considérer les anciens patients psychiatriques comme des adultes qui ont droit à l'éducation, mais qui sont laissés pour compte au moment de la réinsertion sociale et qui portent comme un étendard une étiquette qui leur confère un statut d'être inférieur immature, de citoyen de seconde zone.

Enfin, il importe que les éducateurs d'adultes du réseau d'une commission scolaire s'occupent de répondre aux besoins de cette clientèle d'autant plus que selon les intervenants du milieu hospitalier qui ont participé aux travaux de la Commission Jean, le Ministère des Affaires sociales "n'accorde aucune place aux programmes d'éducation de la santé s'adressant aux patients dans le budget global d'un hôpital"[5] . De leur côté, les Centres locaux de services communautaires ont affirmé à cette commission que leurs budgets de fonctionnement ne prévoyaient pas de

---

[5] Commission d'étude sur la formation des adultes, L'éducation des adultes hypothèses de solution, Québec, Gouvernement du Québec, 1981, p. 105

fonds pour leur programme d'éducation populaire. Il importe donc que le service d'éducation des adultes occupe la place qui lui revient dans le domaine de l'éducation des adultes et assume le leadership et la coordination des efforts avec les autres organismes du milieu en ce qui concerne l'éducation des adultes, en particulier les adultes malades mentaux. Ces rôles de concertation et de coordination en matière d'éducation des adultes avec les agents du territoire a d'ailleurs été réclamé par la table des responsables d'éducation des adultes du Québec (T.R.E.A.Q.) à la Commission Jean. Cette concertation pourrait être assumée par un centre régional d'éducation des adultes à Laval, advenant le cas où le Gouvernement du Québec accepterait cette création comme hypothèse de solution souhaitée par la Commission Jean dans la réforme de l'éducation des adultes.

Avant de voir comment pourrait se concrétiser l'application du rôle qui pourrait être dévolu au service d'éducation des adultes de la Commission scolaire, il faut d'abord, dans un premier temps, prendre connaissance des résultats de la recherche-terrain sur les besoins de formation des anciens patients psychiatriques.

LES SERVICES DE REINTEGRATION SOCIALE A LAVAL

Les autres services extra-hospitaliers sont l'organisation de "clubs sociaux thérapeutiques" qui sont des organismes d'accueil adaptés aux besoins des anciens patients psychiatriques. A Laval, il y a deux organismes volontaires connus qui se sont donné comme vocation de faciliter la réintégration des anciens patients psychiatriques à différentes formes d'activités de la société. Il s'agit de la Croix Blanche et du Centre d'initiation aux loisirs. Elan Laval qui a pour objectif d'intégrer les jeunes adultes au marché du travail ou de les orienter vers un recyclage académique compte aussi quelques patients psychiatriques parmi la clientèle desservie.

Il n'y a pas à Laval de filiale de l'Association canadienne pour la santé mentale, ni de programmes de parrainage des anciens patients, ni de regroupements ou filiale de regroupement d'anciens psychiatrisés ou de sympathisants d'anciens patients psychiatriques. Il n'y a pas non plus de ressources alternatives telles la maison Saint-Jacques, Solidarité-Psychiatrie ou Programme d'aide au logement, comme à Verdun. Il n'y a pas non plus de programme d'intégration au travail. En définitive, les patients psychiatriques ont peu de ressources pour réintégrer la société. En 1979, la table sur la santé mentale mise sur pied sous l'égide du Comité des organismes sociaux de Laval déplorait cette situation faite aux jeunes adultes malades mentaux. Malheureusement, cette table de concertation dont le but était d'étudier la situation des anciens patients psychiatriques afin de faciliter la réintégration sociale des ex-patients, a été dissoute en 1980.

CHAPITRE VII

LES BESOINS DE FORMATION DES ANCIENS PATIENTS PSYCHIATRIQUES

CHAPITRE VII

LES BESOINS DE FORMATION DES ANCIENS PATIENTS PSYCHIATRIQUES

1. Méthodologie de la recherche-terrain

La méthodologie employée pour évaluer les besoins de formation d'une clientèle composée d'anciens patients psychiatriques à Laval a consisté en la cueillette d'informations par une entrevue semi-dirigée auprès d'intervenants en santé mentale, ainsi qu'auprès d'un certain nombre de groupes-témoins composés d'anciens patients psychiatriques et de quelques anciens malades à titre individuel.

Les personnes interviewées ont été sélectionnées en fonction de leur implication directe auprès d'une clientèle psychiatrique, soit par leur travail ou par leur action volontaire. Les groupes-témoins d'anciens patients psychiatriques ou les anciens malades à titre individuel ont été référés à l'enquête par l'hôpital Cité de la Santé de Laval et par un organisme volontaire le Centre d'initiation aux loisirs.

Lors des contacts préliminaires pour fixer les dates de rencontre, les participants aux entrevues ont été informés au sujet de la rencontre et des objectifs de la présente recherche. Le but des entrevues a été d'évaluer les besoins et les contenus de formation des anciens patients psychiatriques.

La façon de procéder en entrevue a été très souple. La cueillette de renseignements s'est faite à partir des préoccupations profondes de la personne interviewée. Les participants ont été invités, à partir de leur propre vécu ou de leur propre expertise d'une manière

libre, à faire les remarques, les nuances ou les commentaires jugés appropriés sur la situation des anciens patients psychiatriques, du contexte législatif, et ... Le but a consisté à connaître les pratiques et les opinions des personnes directement impliquées dans le problème de la maladie mentale et de la réinsertion sociale.

Lors du déroulement de l'entrevue, les réponses des participants ont été notées au fur et à mesure. La recherchiste est intervenue en tout temps pour préciser, pour expliquer ou encore demander plus d'informations. Les entrevues n'ont pas été enregistrées sur bande sonore afin de créer un climat de confiance et de confidentialité.

Les notes d'entrevues ont été consignées dans un compte-rendu daté. Plusieurs collaborateurs ont fournis aussi des documents, des statistiques, brochures, procès-verbaux et des notes manuscrites comme moyen complémentaire et comme technique secondaire de compléter les informations recueillies. Plusieurs intervenants ont souhaité avoir une copie du rapport. La majorité des entrevues ont eu lieu en mars et avril 1981.

La presque totalité des entrevues ont été effectuées par la première recherchiste engagée pour les fins de ce rapport. Les trois dernières entrevues, les contacts téléphoniques supplémentaires à différents organismes gouvernementaux et l'analyse des rapports d'entrevue ont été effectués par l'auteur de ce rapport.

2. L'échantillon

L'échantillon sélectionné est restreint, mais représentatif de l'ensemble des ressources disponibles en santé mentale à Laval. Certains intervenants de Montréal ont été rencontrés afin de compléter le portrait des ressources accessibles aux Lavallois.

Vingt-six intervenants ont collaboré à cette recherche. Ils occupent les fonctions suivantes: un psychiatre, deux conseillers pédagogiques de services d'éducation des adultes de commissions scolaires, un conseiller en main-d'oeuvre rattaché au projet Arrimage, huit professionnels du secteur hospitaliers (ergothérapeutes, infirmière, conseillers en ressources), un travailleur social du Centre des services sociaux, trois directeurs de centre (accueil, adapté, atelier protégé), huit intervenants d'organismes volontaires (Croix Blanche, Elan Laval, Bureau Consultation Jeunesse, etc ...), une recherchiste travaillant sur un projet de recherche sur l'intégration des anciens malades mentaux au marché du travail à la Commission des droits de la personne et un professeur-animatrice prêtée à l'organisme Programme d'aide au logement, un organisme voué à la réinsertion sociale des anciens patients psychiatriques, par la Commission scolaire de Verdun.

En ce qui concerne la consultation de la recherchiste auprès d'anciens patients psychiatriques, trois groupes-témoins d'anciens patients ont accepté de collaborer à l'enquête dans le cadre des groupes-thérapies du département externe de psychiatrie de la Cité de la Santé

de Laval. Trois anciens malades ont accepté de collaborer aux entrevues après avoir été référés par le Centre d'initiation des Loisirs. Aucun patient appartenant à un regroupement d'anciens patients ou bénéficiant de ressources alternatives n'ont été interviewés faute de l'inexistence de telles organisations à Laval.

CHAPITRE VIII

LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

CHAPITRE VIII

LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

L'analyse des résultats des entrevues ne pourrait avoir une certaine cohérence sans un recoupement des contenus et une structuration sur des thèmes plus larges, avec un examen de la fréquence des demandes les plus significatives.

1. Le point de vue des intervenants

1.1 Contenus de formation pour les anciens patients psychiatriques

1.1.1 Aide à l'intégration du travail

Selon l'analyse des rapports d'entrevue, la majorité des intervenants semblent considérer l'intégration au travail comme le moyen privilégié de réinsertion sociale et de modification des conditions socio-économiques des anciens patients psychiatriques qui sont souvent dépouvus d'une véritable formation académique et professionnelle. Les services de pré-formation apparaissent donc comme primordiaux aux intervenants.

L'adaptation au marché du travail pour les anciens malades qui ont perdu contact avec la réalité du monde du travail est prioritaire pour l'ensemble des intervenants. Si la formation professionnelle doit, autant que possible, mener à l'acquisition d'un métier, les intervenants voient dans les cours de méthode de recherche d'emploi un outil important pour assurer l'autonomie du patient. Une minorité d'intervenants souhaitent une aide au placement ainsi que l'assurance d'un suivi.

LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

Pour quelques intervenants, la formation professionnelle doit aussi comporter des cours ou des activités de socialisation des anciens malades favorisant l'acquisition de comportements et d'attitudes propres à faciliter les rapports sociaux et à diminuer les conduites étranges et l'acquisition d'habiletés de base (bienséance, tenue vestimentaire, expression orale, relations humaines, etc ...).

La recherchiste de la Commission des droits de la personne, Anne Hébert, a insisté pour le développement d'un secteur de réhabilitation au travail (réhabilitation vocationnelle), car d'après les résultats préliminaires de la recherche sur l'intégration au travail des malades mentaux, il y a un besoin urgent et pressant, besoin confirmé par une majorité d'intervenants de Laval.

LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

Tableau I.

Formation professionnelle

Contenus de formation	Nombre de fois mentionnés
Services de pré-formation . orientation, réorientation, équivalences	15
Formation professionnelle . acquisition d'un métier	9
Adaptation au travail . atelier, stages, ateliers protégés, en général	13
Méthode de recherche d'emploi	10
Socialisation . confiance, bienséance, etc...	7
Information sur les cours des services d'éducation des adultes	5
Aide à l'emploi et suivi	5

LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

1.1.2 Développement personnel

Les intervenants voient la formation personnelle, le développement de la personne comme très importants. L'accent est mis sur la croissance personnelle afin de consolider l'identité psychologique très fragile et vulnérable de l'ancien patient et de prolonger les effets de la thérapie dans une perspective psycho-sociale. En intégrant les mentions de motivation, de relaxation et de concentration au concept de croissance personnelle, ce contenu de formation obtient une large majorité des préoccupations des participants, tandis que la socialisation demeure un besoin moins exprimé.

LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

Tableau II.

Développement de la personne

Contenus de formation	Nombre de fois mentionnés
Croissance personnelle . autonomie, valorisation de soi, confiance en soi, développement de la personnalité	14
Socialisation . relations humaines, interpersonnelles, expression, travail en groupe	12
Motivation	2
Concentration	1
Relaxation, détente, conditionnement physique	1
Cours de culture générale	1

1.1.3 Formation de base

Même si la formation de base est mentionnée moins souvent, il n'en demeure pas moins qu'elle s'avère, selon Maud Debien et Gisèle Boisjoly, essentielle à la resocialisation d'un ancien patient psychiatrique appelé à vivre de façon autonome. Il s'agit d'apprentissages de base pour se débrouiller dans la vie courante.

Les contenus les plus demandés sont la planification budgétaire et son corollaire, la consommation. L'alimentation et la cuisine y occupent une place importante.

LES RESULTATS DE LA RECHERCHE-TERRAIN

Tableau III.

Formation de base

Contenus de formation	Nombre de fois mentionnés
Alimentation, cuisine	6
Couture	3
Consommation	3
Planification budgétaire	5
Tenue vestimentaire	1
Bienséance	2
Logement	2

1.1.4 Synthèse

S'il est plus utile de regrouper les contenus sous des thèmes plus larges afin de cerner la pertinence et l'acuité de certains besoins ou de certaines demandes, la plupart des intervenants ont cité des besoins de formation de façon concomitante, en présentant un large éventail de contenus qui répond à de multiples besoins liés à la situation particulière et marginale de l'ancien malade psychiatrique. Si des contenus sont plus mentionnés que d'autres, il n'en demeure pas moins que la majorité d'entre eux sont reliés par le souci de développer la personne malade de façon intégrale et multidimensionnelle.

1.1.5 Intégration au régime régulier ou régime spécial ?

L'intégration des anciens malades aux services réguliers des commissions scolaires ou la mise sur pied de services spéciaux ou de centres de réadaptation socio-professionnelle produit un débat de fond sur la question de la normalisation, polarise les intervenants en plusieurs tendances.

Il y a ceux qui préconisent la mise sur pied de services spéciaux, de structures facilitantes, non établies en fonction d'un objectif de rendement académique exigeant et normatif. Il n'y a toutefois pas d'allusion aux formats pédagogiques et aux modes d'évaluation de la performance académique.

Pour d'autres, cette tendance, même si elle répond à des besoins ressentis, perpétue l'étiquette infamante "de malade mental" à cause de l'identification trop voyante de cours et services réservés aux fous à l'intérieur d'une commission scolaire. Ces intervenants proposent une intégration au réseau régulier, avec un minimum de précautions: avertissement au professeur, conduite à peu près "normale", etc...

La plupart des intervenants préoccupés par cette dimension recommandent l'individualisation des services aux anciens patients et l'assurance d'un suivi.

1.2 Contenus de formation pour d'autres clientèles

Durant les entrevues entre la recherchiste Maud Debien et les intervenants, il a été soulevé des besoins de formation pour d'autres clientèles qui reçoivent les anciens patients psychiatriques ou oeuvrent auprès d'eux.

1.2.1 Familles d'origine et d'accueil

L'association des familles d'accueil à une démarche éducative est primordiale pour les intervenants car, souvent, ces familles reproduisent des structures scolaires à l'égard des patients psychiatriques. Elles continuent d'entretenir à l'endroit des patients psychiatriques, les préjugés classiques et à cause de ces attitudes, elles risquent de compromettre le processus de réinsertion sociale. Un intervenant va jusqu'à suggérer de rendre cette formation obligatoire pour la famille.

La formation à recevoir, aiderait surtout la famille à comprendre l'ancien malade et à ajuster leurs comportements en conséquence.

Tableau IV.

Formation aux familles d'accueil

Contenus de formation	Nombre de fois mentionnés
Aide aux partages, échanges, rencontres et regroupements	7
Information sur les malades mentaux (pathologies, comportements, médications, sexualité, etc...)	7
Relation d'aide à l'ancien patient (attitudes et comportements, types d'interventions)	7

1.2.2 Personnel de centres de réadaptation

Une participante suggère au service d'éducation des adultes d'organiser des sessions de formation en cours d'emploi pour le personnel des centres de réadaptation afin de le rendre plus compétent.

2. Le point de vue des ex-patients psychiatriques

Trois groupes d'ex-patients psychiatriques et trois anciens malades à titre individuel ont été rencontrés. Tous ces patients sont encore sous traitement médical, avec une médication d'entretien qui nuit à la concentration et à la cohérence des propos tenus en groupe. Les groupes référés par l'équipe de thérapeutes de la Cité de la Santé de Laval assistent à chaque semaine à des groupes de thérapie où ces patients apprennent à fonctionner adéquatement, à se donner mutuellement du support, à s'occuper d'eux-mêmes, à remettre en question leurs valeurs et à construire une identité. Les patients rencontrés à titre individuel sont aussi sous l'effet de la médication.

D'une manière générale, les ex-patients psychiatriques ont verbalisé peu de besoins de formation. Cette absence de verbalisation peut se justifier par la maladie elle-même, par un effet de la médication et aussi par une méconnaissance flagrante des services offerts par les réseaux d'éducation des adultes. D'après les rapports d'entrevues, les patients semblent avoir une vision très "traditionnelle" de l'éducation des adultes vue à travers le prisme des expériences passées de l'école. La présence des thérapeutes aux entrevues pourrait aussi avoir eu un effet inhibiteur

sur l'expression des patients.

Plusieurs indices révélateurs peuvent servir de pistes de travail pour la mise sur pied d'activités. Les ex-patients interviewés individuellement sont deux hommes dont un âgé de vingt-sept ans et l'autre de trente-trois ans, et une femme âgée de quarante-trois ans.

Le patient de trente-trois ans précise que les ex-patients ont des besoins reliés à la prise en charge de responsabilités, et des besoins d'information et d'orientation. Ces pistes sont des contenus de formation personnelle. Les autres patients manifestent un intérêt pour des cours socio-culturels occupationnels d'expression (artisanat, cuisine, etc.).

Dans les groupes interviewés, il y a un groupe de jeunes adultes de vingt à trente ans. Les personnes présentes à ce groupe manifestent de graves problèmes d'orientation. Les plus jeunes patients semblent plus intéressés à retourner aux études tandis que les autres cherchent plutôt à réintégrer le monde du travail. Il y aurait place au moins pour un cours sur les méthodes de recherche d'emploi.

Un groupe d'hommes de quarante à cinquante ans a manifesté peu d'intérêt pour une démarche de formation, sauf pour deux personnes qui ont demandé de l'information sur les cours offerts et les possibilités de compléter le cours secondaire.

Un groupe de femmes de vingt-cinq à quarante-cinq ans a manifesté davantage d'intérêt pour s'informer que pour s'exprimer. Certains

membres qui avaient suivi des cours tels Laval au féminin, Parents efficaces ou décoration intérieure ont donné au reste du groupe de l'information sur les sessions auxquelles elles avaient été inscrites. Ensuite, les femmes ont manifesté des besoins pour des cours axés sur les relations humaines et la connaissance de soi, cours de formation de base tels la cuisine, des cours socio-culturels de style artisanal. Après quelques demandes d'information sur les services de la commission scolaire, les participantes ont demandé des cours bâtis selon des modèles pédagogiques adaptés à leur rythme, selon un horaire souple et quasi individuel, accessibles en milieu hospitalier ou près de leur domicile afin de pallier aux difficultés d'ordre monétaire et au transport, organisés le jour afin de traverser "le grand trou de l'après-midi".

Une seule participante a parlé de retour au travail.

En résumé, du fait que les anciens patients soient encore en perte d'autonomie et médicamentés, il est difficile d'obtenir d'eux une expression claire et structurée de besoins et d'attentes. Une organisation d'anciens malades seraient certes plus loquace, mais aucune n'existe à Laval et les tentatives pour rejoindre celles de Montréal ont échoué, hormis le programme d'aide au logement. Il faut se rendre compte que ceux qui définissent les besoins éducatifs des anciens patients, en matière de réinsertion sociale, sont les intervenants en santé mentale, donc d'autres qu'eux-mêmes.

CHAPITRE IX

HYPOTHÈSES DE SOLUTIONS

CHAPITRE IX

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

Le service d'éducation des adultes peut mettre sur pied toute une brochette de services adaptés aux anciens patients psychiatriques selon la nature de leur maladie, le degré d'atteinte du patient et son degré d'autonomie. Il existe plusieurs voies de réponse aux besoins selon les catégories de patients desservis.

L'établissement de ces services doivent tenir compte des caractéristiques psycho-pédagogiques de l'ancien malade.

1. Les caractéristiques psycho-pédagogiques de l'ancien patient psychiatrique

A partir du portrait de l'ancien patient psychiatrique au moment de la réinsertion sociale et de la définition de ses besoins de formation recueillis lors de la recherche-terrain, il devient possible de dégager quelques caractéristiques psycho-pédagogiques de cet apprenant adulte.

L'ancien patient psychiatrique doit être considéré comme un adulte handicapé socialement, dont l'autonomie, la confiance en soi et l'identité sont vulnérables ou atteintes. Il est considéré comme responsable de la réalisation de ses apprentissages, il a des besoins et des intérêts. Toutefois, il peut ne pas se fixer d'objectifs, ou encore il se fixe des objectifs irréalistes ou inatteignables. Il est un habitué de l'échec dont il a peur et qu'il fuit. Il est capable de certaines

décisions. Il s'inscrit à une activité éducative en vue de trouver une solution à ses questions ou de se conformer à son plan de traitement.

Il a des souvenirs émotifs de ses apprentissages antérieures qui pourront éventuellement faciliter ou nuire lors de nouveaux apprentissages. Il appartient à une classe sociale qui véhicule et privilégie ses propres valeurs et croyances. Il a souvent des valeurs rigides et il a des conduites anti-sociales.

En classe il peut manquer de concentration et de suite dans les idées. Il a un rythme d'apprentissage plus lent que les autres adultes. Souvent, il est sous médication, ce qui peut causer des effets secondaires tels la rigidité, la confusion mentale, les pertes de mémoire, les vertiges, une lenteur intellectuelle, etc...

Les caractéristiques psycho-pédagogiques diffèrent de celle de l'adulte normal en ce sens qu'il est souvent dépendant alors que l'adulte est considéré comme indépendant, objectif, responsable et réaliste. Certaines caractéristiques psycho-pédagogiques de l'ancien patient psychiatrique pourraient être considérées comme celles d'enfants.

2. Principes d'intervention d'un S.E.A.

Les caractéristiques psycho-pédagogiques de l'ancien patient psychiatrique devraient guider la définition de quelques principes directeurs pour la mise sur pied de services et de programmes qui répondent aux besoins ressentis par les clientèles d'anciens patients psychiatriques.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

Ces principes qui doivent orienter la mise sur pied de services et de programmes adéquats sont les suivants:

1. la normalisation des personnes malades mentales en leur fournissant les programmes répondant à leurs besoins spécifiques en vue de l'adaptation, de la réadaptation ou de la réhabilitation dans un contexte social;

2. l'intégration des anciens malades psychiatriques en leur rendant accessibles les programmes d'éducation des adultes;

3. la réalisation de la formation initiale des anciens patients psychiatriques afin de pallier aux carences de leur éducation de base et de leur permettre d'acquérir le niveau de scolarité recherché.

Les principes devraient guider les interventions d'un S.E.A. auprès d'une clientèle d'anciens patients psychiatriques peuvent aussi prendre appui sur les constatations suivantes:

. les anciens patients psychiatriques sont, en général dans une situation marginale en terme d'éducation, d'occupation, de revenu, de loisir, d'hébergement et d'intégration sociale, ils sont affligés d'une étiquette dégradante;

. il y a un manque de service en matière de réinsertion sociale à Laval, surtout dans le domaine de la préparation à l'emploi;

. il y a un besoin urgent de coordination des services d'éducation offerts aux anciens patients, ces services doivent être orientés vers une perspective d'intégration globale de la personne.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

3. Services à établir

3.1 Services d'adaptation et de réadaptation: réhabilitation vocationnelle et éducation de base

Les résultats de la recherche-terrain indiquent qu'une des voies privilégiées pour faciliter une réinsertion sociale multi-dimensionnelles d'une catégorie d'anciens patients psychiatriques consistent en la mise sur pied d'un service de réhabilitation vocationnelle, d'orientation et de réhabilitation professionnelle.

La création d'un tel service pourrait répondre à un objectif de normalisation des personnes dont l'autonomie est gravement diminuée, d'intégration de cette personne et de coordination des services accessibles.

Le S.E.A. devrait se faire le promoteur de la naissance d'un tel service, soit en étant l'institution mère d'une telle création, ou en parrainant la mise sur pied de ce service par le milieu et en offrant des ressources matérielles et humaines pour l'enclenchement de l'opération de départ.

Le S.E.A. doit s'assurer la collaboration des institutions gouvernementales qui interviennent dans le champ: centre de formation professionnelle, hôpitaux, Ministère des Affaires sociales, etc ...

Le S.E.A. doit s'assurer de ne pas faire une duplication de services des centres de réadaptation professionnelle du Ministère des Affaires sociales. Toutefois, il serait souhaitable qu'il récupère la

partie des apprentissages académiques. Il y aura lieu de clarifier les champs légaux et médicaux de la mise en oeuvre d'un tel service. A date, les centres de réadaptation professionnelle ne répondent pas aux besoins spécifiques des anciens patients, mais il se pourrait que ces centres puissent devenir accessibles à une telle clientèle. Le S.E.A. pourrait servir de déclencheur à une telle intégration et offrir des contrats de services en ressources humaines, pédagogiques et matérielles.

En ce qui concerne l'organisation psycho-pédagogique d'une telle entreprise, la recension des quelques écrits concernant la réhabilitation vocationnelle des anciens patients psychiatriques révèlent que le facteur primordial du succès de la réhabilitation de l'ancien patient consiste à l'établissement d'une histoire de cas fouillé, en l'individualisation maximale des services et en un suivi adéquat.

Toutefois, pour certaines catégories d'étudiants la réhabilitation vocationnelle doit passer par une étape d'éducation de base pour permettre l'acquisition des connaissances essentielles et primaires avant d'avoir accès à de tels services.

Dans le cas où les patients se révèlent vocationnels ou démontrent un réel déficit sur le plan des apprentissages de base, le S.E.A. peut mettre sur pied ou promouvoir la mise sur pied d'un régime de cours spéciaux qui peuvent se donner en institution scolaire, dans les locaux ou en dehors des locaux des institutions, ou en centre de réadaptation pour adultes.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

Le service de l'éducation continue de Pontiac, au Michigan, offre de tels cours à une clientèle d'handicapés mentaux et de personnes souffrant de problèmes émotifs dans des centres localisés à différents endroits de la ville. Ce service offre des cours selon des modules à courte durée où la matière est décortiquée en éléments simples et facilement assimilables. Les malades mentaux sont généralement regroupés dans des groupes homogènes.

Les buts de ces programmes sont d'habiliter la personne à développer son potentiel d'apprentissage dans un milieu éducatif le moins restrictif possible, de fournir à l'étudiant une éducation dans les matières et les sujets appropriés à ses besoins et à son niveau d'apprentissage, d'aider l'étudiant à developper les habiletés sociales dont il a besoin pour être accepté comme membre de la société, à encourager l'étudiant à recourir aux ressources de la communauté pour son développement intérieur et son enrichissement, d'habiliter l'étudiant à la confiance et à la participation à la société.

Ces programmes de cours peuvent se donner selon des horaires de jour et de soir. Ils comprennent des cours académiques, tels les arts, anglais et mathématiques, et des cours propres à développer des habiletés utiles à la vie de tous les jours. A titre d'exemple, il y a des cours d'habillement, de connaissance de base.

Au fur et à mesure où l'étudiant prend confiance en lui-même et perfectionne ses habiletés académiques, il devient éligible aux autres programmes disponibles au département d'éducation continue.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

Des conseillers en orientation et en placement peuvent évaluer les intérêts et les aptitudes vocationnelles de l'étudiant et l'assister pour se trouver un emploi.

Il peut aussi se diriger dans un centre d'entrainement vocationnel dans les domaines où il existe des possibilités réelles d'emploi. L'entrainement vocationnel est offert dans les domaines suivants: services de conciergerie (building services), services de vêtement (clothing services), dactylographie (typing), réparation de carosserie (auto body repair), services alimentaires (food services), informatique (data processing), travail de bureau (office practice), mécanique d'automobile (auto mechanics), aide infirmier(ère) (nurse aide training), soudure (welding).

Il peut aussi se diriger vers un centre vocationnel d'apprentissage académique où peut lui être décerné le "General Education Developpement Test" qui est l'équivalent de l'examen du "High School".

Il peut aussi s'intégrer aux programmes régulier du "High School" et se voir décerner le diplôme légal en vigueur.

Le département d'éducation continue de Pontiac oriente l'étudiant souffrant de problèmes émotifs dans les programmes et services disponibles selon l'état de son cheminement vers l'autonomie.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

3.2 Intégration aux cours réguliers

La mise sur pied de programmes spécifiques même si elle répond à des besoins évidents, maintient toujours le problème de l'étiquette. Dans un objectif d'intégration sociale, l'objectif majeur d'un S.E.A. doit rester l'intégration de cette clientèle d'anciens malades aux programmes réguliers de l'éducation des adultes.

Pour assurer cette intégration, il faut revoir certains critères d'admission aux programmes et mettre des facilités de paiement des cours à la disposition de cette clientèle démunie.

Le recrutement d'une telle clientèle pourrait se faire à travers le réseau hospitalier, ainsi que dans la population, grâce à des moyens publicitaires particuliers et réguliers.

Il faut toutefois assurer une aide et une référence très structurée auprès de l'ancien patient en terme de pré-formation. Il est souhaitable d'intégrer l'ancien patient dans des classes régulières, sans que les étudiants adultes en soient informés. Le danger d'avertir les étudiants adultes consiste en la résurgescence des préjugés classiques vis-à-vis une telle clientèle. Toutefois, le formateur d'adultes doit être avisé d'une telle situation. Il est préférable de choisir des professeurs sensibilisés au problème de la santé mentale, afin de favoriser une attitude d'accueil et d'acceptation de leur part vis-à-vis l'ancien malade.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

Beaucoup d'intervenants ont insisté sur le fait de ne pas promouvoir un cours exclusivement centré sur la performance académique. La rigidité des horaires et des formats pédagogiques traditionnels posent souvent des obstacles insurmontables.

La formule pédagogique la plus respectueuse du rythme de l'ancien patient serait l'enseignement individualisé, avec une évaluation critériée, dans le cas de cours crédités conduisant au diplôme d'études secondaires.

Actuellement, la Commission scolaire de Verdun et celle de Sainte-roix pratiquent une politique d'intégration, mais surtout dans les cours de formation socio-culturelle. La condition principale d'acceptation aux cours est le contrôle du comportement de la part d'un ancien patient psychiatrique.

3.3 Education socio-culturelle et populaire

3.3.1 Cours sur mesure

Même si les anciens patients psychiatriques peuvent être intégrés aux cours réguliers, le service d'éducation des adultes peut mettre sur pied des cours sur mesure à la demande d'intervenants ou de groupes d'anciens patients psychiatriques. Le cours le plus en demande serait peut-être celui de méthode recherche d'emploi.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

Ces cours pourraient se donner dans le cadre des services externes des hôpitaux, dans les foyers d'accueil et de transition, et dans les associations volontaires.

A Verdun, la commission scolaire a prêté une animatrice-professeur au programme d'aide logement (P.A.L.), une organisation financée par Centraide, qui compte plus de 250 membres, majoritairement des ex-patients d'instituts psychiatriques. Le P.A.L. offre des cours d'artisanat, de personnalité et de recherche de travail, des sessions d'information et des groupes de défense des droits. L'animatrice agit en tant que professeur, ainsi qu'en tant que conseiller auprès des anciens patients.

Ces cours se donnent dans les locaux du P.A.L.

L'animatrice a insisté sur la valeur éducative des activités d'artisanat qui, outre qu'elles soient occupationnelles (elles occupent l'esprit), permettent l'acquisition d'habitudes de concentration, de travail et de socialisation.

Gisèle Boisjoly représente actuellement une des personnes-ressources les plus en demande et les plus renseignées pour travailler avec une telle clientèle.

3.3.2 Assistance à la communauté: animation communautaire

L'animation communautaire du service d'éducation des adultes devrait assurer un soutien très large en terme d'animation pédagogique aux regroupements d'anciens patients qui se formeraient sur son territoire.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

L'aide pédagogique apportée à ces groupes leurs permettrait d'acquérir les moyens d'expression en tant que groupe pour améliorer les conditions de leur situation et l'exercice de leurs droits.

L'animation communautaire devrait aussi soutenir la formation de groupes d'entraide (self-help group) afin de permettre la prise en charge des anciens patients psychiatriques par eux-mêmes.

4. Recommandations

. Que le S.E.A. mette sur pied des services de réhabilitation vocationnelle et d'éducation de base, ou qu'il s'en fasse le promoteur.

. Que le S.E.A. assure l'intégration d'anciens malades mentaux à l'intérieur de ses services et de ses programmes.

. Que le S.E.A. mette des cours sur mesure répondant à des besoins spécifiques des anciens malades psychiatriques, tels les méthodes de recherche d'emploi.

. Que le S.E.A. mette des ressources pédagogiques, matérielles et humaines disponibles aux organismes favorisant la réinsertion sociale des anciens patients psychiatriques.

. Que le S.E.A. assure un soutien pédagogique en termes d'animation communautaire pour la formation de regroupement d'anciens patients psychiatriques.

. Que le S.E.A. soutienne aussi les groupes d'entraide (self-help group) afin de permettre la prise en charge des anciens patients par eux-mêmes.

HYPOTHESES DE SOLUTIONS

. Que le S.E.A. mette à la disposition de cette clientèle des services d'accueil, d'animation, d'aide et de référence, que le S.E.A. assure un suivi au dossier.

. Que le S.E.A. assure un leadership d'implantation et/ou de concertation dans l'éducation des adultes handicapés sociaux.

. Que le S.E.A. individualise son enseignement afin de permettre à l'ancien patient de progresser à son rythme, ainsi que tous ses services.

CHAPITRE X

SERVICES ÉDUCATIFS À D'AUTRES CLIENTÈLES

CHAPITRE X

SERVICES EDUCATIFS A D'AUTRES CLIENTELES

La réinsertion sociale constitue un processus aux multiples dimensions sociales qui mettent en interaction l'ancien patient psychiatrique et la communauté. La communauté est le lieu de la réinsertion sociale, mais souvent loin d'aider l'ancien patient à s'intégrer, elle le rejette et fait en sorte que les efforts d'intégration unilatéraux soient une nouvelle source d'échec à l'adaptation du malade.

La réinsertion sociale des anciens patients psychiatriques ne sera assurée que si la communauté accepte de faire face à un défi sérieux: renoncer à croire aux stéréotypes débilitants du malade mental et dépasser sa résistance au changement par l'adoption de nouvelles attitudes d'accueil et de compréhension à l'égard des anciens malades.

La réinsertion sociale implique une relation de réciprocité et de communication entre la communauté et le patient et elle concerne autant les professionnels intervenant en santé mentale que la population. Elle suppose aussi que des interventions éducatives concernant la maladie mentale se situent dans le concept plus large et plus global de la promotion de la santé mentale.

Dans cet esprit, des intervenants ont souligné d'eux-mêmes, au moment de la recherche-terrain l'importance de répondre à certains besoins éducatifs de d'autres clientèles telles les familles d'accueil et le personnel des centres de réadaptation. Un service d'éducation des adultes peut, soit comme démarche complémentaire à la formation des

SERVICES EDUCATIFS A D'AUTRES CLIENTELES

anciens malades ou comme démarche globale de promotion de la santé mentale, assurer des services éducatifs à d'autres clientèles dont plusieurs interviennent dans le processus de réinsertion sociale.

1. Clientèles directement impliquées auprès des anciens patients psychiatriques
   1.1 Familles d'origine et d'accueil
      1.1.1 Programme de formation sur le processus de réinsertion sociale
      1.1.2 Soutien pédagogique au regroupement
   1.2 Personnel de centres de réadaptation
      1.2.1 Programme de formation à la réadaptation des adultes exceptionnels
   1.3 Personnel enseignant des services d'éducation des adultes
      1.3.1 Programme d'information sur l'adulte exceptionnel
      1.3.2 Pédagogie ou andragogie de l'adulte exceptionnel
   1.4 Employeurs
      1.4.1 Programme de formation sur l'intégration au travail d'adultes exceptionnels
   1.5 Bénévoles et volontaires
      1.5.1 Programme de formation sur le processus de réinsertion sociale
      1.5.2 Soutien pédagogique au regroupement

SERVICES EDUCATIFS A D'AUTRES CLIENTELES

2. Population en général

Les services d'éducation des adultes, dans l'éventail de cours offerts, répondent à une vocation de prévention des problèmes de désordres émotifs et mentaux en offrant, dans le cadre de l'éducation populaire, des cours destinés à un large public. Ces cours sont les cours de relations humaines, d'initiation à la vie familiale, de psychologie selon l'âge du développement de l'enfant, etc...

Le service d'éducation des adultes dans une perspective de promotion de la santé mentale doit renforcer sa vocation, en ajoutant toutefois des cours portant spécifiquement sur la santé mentale, sur la démystification de la maladie mentale et sur l'entraide.

3. Recommandation d'une nouvelle recherche

L'objectif du présent rapport n'est pas de faire état des besoins éducatifs des autres clientèles. Toutefois, l'auteur veut mettre en lumière que les efforts d'un service d'éducation des adultes seraient compromis dans le processus de réinsertion sociale s'il n'accordait pas une importance significative à la contrepartie sociale. Elle suggère fortement l'établissement d'une recherche de haut calibre sur les besoins éducatifs de la population, des professionnels intervenant auprès des malades, des familles d'origine et d'accueil concernant leurs rôles, leurs attitudes et leurs comportements dans le processus de réinsertion sociale des anciens patients psychiatriques.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

RESUME ET CONCLUSIONS

Comme l'a souligné le psychiatre Yvon Forget à la recherchiste Maud Debien, les efforts consacrés à la réhabilitation des anciens malades psychiatriques proviennent avant tout d'une volonté politique.

Les anciens malades mentaux constituent un groupe marginal, non productif, à la charge de la population active. Les priorités de services ne rejoignent que peu ce groupe à cause de l'ostracisme exercé à son égard et des restrictions de toutes sortes qui frappent les services publics dans ce contexte économique difficile.

L'engagement d'un service d'éducation des adultes est un pas vers la rupture de cette marginalité et une main tendue vers ceux qui sont descendus au fond de la détresse humaine. Cet engagement peut s'inscrire dans le sens du développement global de la personne en interrelation avec la société, soit en accordant à la personne malade une attention particulière, ou en l'intégrant à l'intérieur de ses cadres.

L'auteur de ce rapport suggère au service d'éducation des adultes, s'il décide de répondre aux besoins de formation d'une clientèle d'anciens patients psychiatriques, de tenir des dossiers très suivis sur les histoires de cas, la nature des besoins, la formation reçue et l'intégration sociale, afin de vérifier la nature du rôle de l'éducation des adultes sur la réussite de la réinsertion sociale. L'absence de recherche sur la corrélation éducation/réinsertion sociale démontre qu'il y a lieu d'approfondir ce champ de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Aird, Georges, Quelques réflexions sur l'état actuel des services en santé mentale dans la région de Montréal, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 3, no. 2, livraison de novembre 1978, p. 62-72.

American Coll. Testing Program, National University, Extention Association, Innovations in Winning Programs, Sixth in Series on Continuing Education, Minneapolis, National Univ. Extension Association, 1980, 73.p.

Arnold, Hubert Merill, An experimental Public Education Program in Mental Health, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'Université du Michigan, Michigan, 1967, 128 p.

L'Association canadienne pour la Santé mentale, "Le préjugé attaché à la maladie ...(...)", dépliant publicitaire, Toronto, L'Association, (s.d.), (non Paginé).

L'Association canadienne pour la santé mentale, Que sont les maladies mentales, Dépliant publicitaire, Toronto, L'Association, (s.d.), (non paginé).

L'Association canadienne pour la Santé mentale, Division du Québec, La Santé mentale définie en 1, 2, 3 points, Dépliant publicitaire, (s.d.), L'Association (s.d.), (non paginé).

Baker, Eugene, Community - Oriented Mental Health Education, (s.l.), (s.ed.), (1978), 8 p.

Bastide, Roger, Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1965, 282 p.

Bauer, Elizabeth W. & Als. Pontiac Continuing Education: Adult Special Education Programs, Paper presented at the Annual International Convention, the Council of Exceptional Children, Atlanta, the Council avril 1977, 114 p.

Beau, Raymond, Introduction à la réhabilitation vocationnelle des déficients adultes, mémoire (non publié) présenté à la Faculté des Etudes supérieures de l'Université de Montréal en vue de l'obtention de la maîtrise en psychologie, Québec, 1974, 92 p.

Beau, Raymond, La réhabilitation vocationnelle, concepts et définitions de base, classification des moyens d'intervention dans l'orientation professionnelle, vol. 9, no. 3, automne 1972, p. 309-322.

Bertrand, Marie-Andrée, Les femmes, la folie et au-delà, dans santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 4, no. 2, livraison de novembre 1979, p. 11-24

Blanchet, Louis, De la folie à la santé mentale, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 11, livraison de janvier 1981, p. 19-21.

Canada, Chambre des Communes, comité spécial concernant les invalides et les handicapés, Obstacles, rapport du comité, Ottawa, Ministre des approvisionnements et des Services Canada, février 1981, 195 p.

Carmen et al., Les ressources alternatives en santé mentale, dans l'Odyssée, journal des usagers de la maison St-Jacques, vol. 3, no. 2, livraison de juin-juillet 1980, p. 4-5.

Carrier, Judy., Mobile Plant Laboratory dans Carolina Journal of Outdoor Education, vol. 1, no. 1, automne 1979, p. 54-55.

Chenard, Sylvie, Jean-Guy Girard et Michèle Roy, Faites pas les fous ! C'est dangereux, dans Focus, no. 31, février 1980, p. 19

Chevrier-Doucet, Lise, Notes personnelles de cours du programme de maitrise en éducation en andragogie, Laval, printemps 1981, (non paginé).

Comité de citoyens de St-Jacques, Comment défendre la santé du peuple ... et sa santé mentale ? dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 5, no. 1, livraison de juin 1980, p. 47-53.

Commission d'étude sur la formation des adultes, L'éducation des adultes, hypothèses de solution, Québec, Gouvernement du Québec 1981, 381 p.

Commission des droits de la personne du Québec, Commentaires de la Commission des droits de la personne sur la loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et la Charte des droits et libertés de la personne, Montréal, la Commission, 1979, 29 p.

Commission des droits de la personne du Québec, Commentaires de la Commission des droits de la personne du Québec sur la Loi de protection du malade mental, Montréal, la Commission, 1978, 40 p.

Dassa, Véronique et Savard, Louise, Pat la gaffe au pays des psy: un dossier sur la folie dans Le Temps Fou, no. 12, livraison de décembre, janvier, février 1980-81, p. 12-21.

David, Stephen F. et Robert E. Ault., The Art Therapist: A New Breed of Teacher, dans Action in Teacher Education, vol. 2, no. 3, été 1980, p. 55-56.

Davidson, Margaret, Classes for the Mentally Subnormal, dans Adult Educ. London, vol. 21, no. 6, mars 1969, p. 300-364.

Desmarais, Danielle et Robert Mayer, Le modèle d'intervention de réseau (illustration et commentaire), dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 5, no. 1, livraison de juin 1980, p. 22-40.

Dilatuser, V. Lois Chambers, From psychiatric hospital to community: a study of the release process, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'Université du Colorado, Colorado, 1967, 343 p.

Dufresne, Francine, L'équilibre mental, la folie, la famille, et le psychiatre, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 5, no. 1 livraison de janvier 1981, p. 44-48.

Elkaïm, Mony, Réseau alternative à la psychiatrie, Paris, Union générale d'éditions, c. 1977, 442 p.

Ellenberg, F. Henri, Les mouvements mythiques et autres essais sur l'histoire de la psychiatrie, Montréal, Quinze, 1978, 343 p.

Fontaine, France, L'enseignement par objectifs, dans Pédagogiques 4, vol. 2, no. 4, livraison de décembre 1977, p. 15-18.

Gascon, Louis et al., Evaluation des services aux malades mentaux dans un centre de santé mentale communautaire: rapport final, Montréal, Centre de santé mentale et Faculté de nursing de l'Université de Montréal, 1977, IX - 209 p.

Gold, Suzanne, Literature and Madness dans Theory Into Practice, vol. 15, no. 5, livraison de décembre 1976, p. 326-331.

Goldstein, Arnold P., Robert P. Spralkin et June Gershaw, Skill training for community living: applying strutured learning therapy, New York et Toronto, Pergsmon Press, 1976, VII - 273 p.

Grenier, Denise, La Santé mentale, de la folie et des hommes, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 18-19.

Grenier, Denise, Vers la Santé mentale, Une entrevue du Docteur Arthur Amyot, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 22-28.

Grenier, Denise, Vingt ans après, Dominique Bédard raconte, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 31-32.

Gump Lorney, R. Mental Health Specialists in Adult Education, dans Adult Leadership, vol. 22, no. 1, livraison de mai 1973, p. 18-21.

Guyon, Louise, Les femmes et la santé mentale, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 40-43.

Harmois, Gaston P. Le comité de la santé mentale du Québec, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 29-30.

Houle, Laurent, Un programme de Santé mentale offert aux familles, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 10.

Imbeault, Jean, Onze propositions sur la santé mentale, dans Le médecin du Québec, vol. 13, no. 9, livraison de septembre 1978, p. 30, 31, 33.

Johnston, Letitia M. The Role of Adult Basic Education in a Urban Community, Psychiatric Hospital, thèse (non publiée) de doctorat, Université de Californie, Los Angeles, Californie, 1977, 123 p.

Kodsi, Samir, Stress en milieu de travail: une intervention individuelle, organisationnelle et communautaire, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 4, no. 1, livraison de juin 1979, p. 24-39.

Koltuv, T. et W.S. Neff, The comprehension rehabilitation center: its role and realm in psychiatric rehabilitation, dans Community Mental Health Journal, vol. 4, no. 3, 1968, p. 251-259.

Lang, Gladys, Engel, Mental Health, New York, Wilson, 1958, 192 p.

Langlois, Lyne, Attitudes envers des malades mentaux qui vivent hors de l'hôpital psychiatrique, Projet de recherche R.S. 150, Québec, Ministère des affaires sociales du Québec, 1975, 148 p.

Langlois, Lyne, Caractéristiques d'ex-patients psychiatriques, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 3, no. 2, livraison de novembre 1978, p. 46-61.

Larouche, Léon M., La Santé mentale: terme ultime d'un processus inachevé, dans Le médecin du Québec, vol. 13, no. 9, livraison de septembre 1978, p. 50-52.

Lavigueur, Henri, Rencontre avec des patients de schizophrènes, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol, 5, no. 1, livraison de juin 1980, p. 54-62.

Lazier, Joy Twig, An assessment of the community of adjustement of participants in the Moadon Shalom - A rehabilitation Club for ex-mental patients in Jérusalem Israll, thèse (non publiée) de doctorat présentée à Michigan State University, Michigan, 1972, 187 p.

Lazure, Denis, Le malade mental et la santé mentale, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 43.

Lebeau, Aimé et al., Les urgences psychiatriques dans la région de Montréal Métropolitain: quelques différences entre les hommes et les femmes, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 4, no. 2, livraison de novembre 1979, p. 25-52.

Long Huey B., Major issues in the Education of Exceptional Adults as Perceived by State Directors of Adult Directors of Adult Education, (s.l.), (s. éd.), (1973), 9 p.

Luomo, Matti, Adult Education and Mental Health, dans Adult Education in Finland, vol. 8, no. 1, 1971, p. 10-19.

Letendre, Robert et Chauval Soat, Solidarité - Psychiatrie Inc., dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 5, no. 1, livraison de juin 1980, p. 41-46.

Martynen, Heimo, A philisophy for a Dynamic Adult Education, dans Adult Education in Finland, vol. 8, no. 1, 1971, p. 3-9.

Massé, Jocelyne, Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol, 4, no. 1, livraison de juin 1979, p. 73-83.

Mc Kinley, John, A participation training program in a mental hospital: an experiment in adult education, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'Université d'Indiana, Bloomington, Indiana, 1960, xii - 271 p.

Melanson-Ouellet, Andrée, Etude sur les connaissances et les perceptions des Services psychiatriques au Québec, dans Etudes et enquêtes, Québec, Ministère des affaires sociales, Direction générale de la planification et évaluation, Service des études sociales, mai 1980, 185 p.

Ministère de la Main-d'oeuvre et de l'Immigration du Canada, Bilan: Fonctionnement des services et rentabilité socio-économique de cinq projets extension, Montréal, Le Ministère, 1981, 28 p.

Ministère de l'éducation, D.G.E.A., Direction de la formation générale et socio-culturelle, Compte rendu de la réunion du comité provincial, formation aux handicapés, Québec, D.G.E.A., les 29, 30, 31 octobre 1980, 11 p.

Ministère des Affaires sociales, Direction générale des programmes de services sociaux, Guide d'implication des Centres de réadaptation pour adultes, document présenté le 21 avril 1979, (Québec), le Ministère, 1979, 10 p.

Neidham, Merrill Arthur, Social intégration and Mental ill in New Brunswick, thèse (non publiée) de doctorat, présentée à Tufts University, 1974, 129 p.

Office des personnes handicapées, Définition des centres de travail adapté, (Drummondville) (L'office), mars 1979, 10 p.

Office des personnes handicapées, Mémoire présenté à la Commission d'étude sur la formation des adultes, Drummondville-Sud, L'office (polycopié), janvier 1981, 18 p.

Ouellet, Patricia, Réintégration sociale de l'ancien psychiatrique, thèse (non publié) de maîtrise en psychologie, présentée à l'Université de Montréal, Québec, 1971, 122 p.

Park, Clara Clarborne, You are not alone: understanding and dealing with mental illness: a guide for patients families, doctors, and other professionals, Boston et Toronto, Little Brown, 1976, viii - 496 p.

Pelsser, Robert, La multidisciplinarité en santé mentale: fiction ou réalité, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 5, no. 1, livraison de juin 1980, p. 3-21.

Pessner, Shelley, Mon aventure vers la guérison, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 4, no. 1, livraison de juin 1979, p. 84-91.

Poletti, Marie-France, La réinsertion sociale du patient psychiatrique: mise en lumière du dynamisme patient communauté, thèse (non publiée) de maîtrise en psychologie présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal, Québec, 1979, VI - 142 p.

Procetti, Guido Maria, Identification of the mental illnesses and social distance toward the mentally ill, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'Université Columbia, Ohio, 1973, 223 p.

Raiff, Norma Radol, Recovery, Inc.: a study of a self-help organization in mental health, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'Université de Pittburgh, 1978, 308 p.

Richard, Jacques, Intervention professionnelle d'un conseiller d'orientation en milieu psychiatrique, dans L'orientation professionnelle, vol. 11, no. 4, octobre 1975, p. 381-389.

Sauber, Richard S., Preventive educational intervention for mental health Cambridge, Mass., Ballingher Pub. Co., (1973), XVII - 182 p.

SHANK, Jack, ABC Classes for mentally ill ... A new dimension for Adult Education, dans Adult Leadership, vol. 21, no. 6, livraison de décembre 1972, p. 189-190.

Southern Regional Education Board, Atlanta, In Financiang Continuing Education in Mental Health, Rockvill, Md, The Board 1978, 42 p.

Southern Regional Education Board, Needs, Assessment and Evaluation in Mental Health, Rockvill, Atlanta, The Board, 1978, 45 p.

Southern Regional Education Board, Atlanta, Sanctionning and Credentialing Continuing Education in Mental Health, Rockvill, The Board, 1978, 55 p.

Southern Regional Education Board Atlanta, Selecting appropriate Instructional Approaches Continuing Education in Mental Health, Atlanta, The Board, 1977, 44 p.

Southern Regional Education Board, Atlanta, State Level Programs to prepare and Use mental Health Power in a State Mental Health Agency, Rockwell, Md, The Board, juin 1974, 46 p.

Stanton, Danielle, Les déprimés anonymes se regroupent, dans Carrefour des affaires sociales, vol. 3, no. 1, livraison de janvier 1981, p. 9-10.

Steenbergen, David John, Vocational Rehabilitation Counsellor Role expectations in mental health setting, thèse (non publiée) de doctorat publiée à l'Université de Northern Colorado, Colorado, 1978, 96 p.

Tenbrunsel, Thomas, W., Thomas, J. Lattman, William F. Coby et Leon J. Aziel, A group token program for the education of the mentally ill, dans Psychological Reports, vol. 28, no. 3, livraison de juin 1971, p. 743-746.

Toyman, Sherri Resin, Soutien aux proches des malades mentaux, dans Santé mentale au Canada, vol. 28, no. 1, livraison de mars 1980, p. 2-4.

Treshold, Performance Level Education for Mental Health, Final Report, Chicago, Illinois, Treshold, 1973, 96 p.

Vaillancourt, Carmen et Hétu, André, Opération intégration au travail, Drummondville-Sud, recherche polycopiée 8½" x 14", L'office des personnes handicapées au Québec, 30 p.

Tully, Thomas Joseph, An analysis of predictors of success and failure in rehabilitation of mental health caseload clients in the Dallas, Texas, Arco, thèse (non publiée) de doctorat présentée à East Texas State University, Texas, 1974, 88 p.

Villard, Henri-Paul, La Santé et le stress, dans Le médecin au Québec, vol. 13, no. 9, livraison de septembre 1978, p. 38-39 et 41.

Villedieu, Yanick, Les nouveaux asiles, dans Québec Science, vol. 18, no. 1, septembre 1972, p. 16-21.

Villedieu, Yanick, Psychiatrie: sortir des murs ou les repousser, dans Québec Science, vol. 17, no. 11, juillet 1979, p. 43.

Villedieu, Yanick, Santé mentale - un double standard flagrant, dans Québec Science, vol. 18, no. 8, avril 1980, p. 72-73.

Wallot, Hubert, Perspective sur l'histoire québécoise de la psychiatrie: le cas de l'asile de Québec, dans Santé mentale au Québec: vers une nouvelle pratique, vol. 4, no. 1, livraison de juin 1979, p. 102-103.

Williams, Roger Trevor, A model for identifying mental Health Education Needs, thèse (non publiée) de doctorat présentée à l'Université du Wisconsin, Wisconsin, 1978, 200 p.

Webster, Thomas G. et als., Continuing Education: Agent of Change. Proceedings of the National Conference on Continuing Education in Mental Health, Rapport no. PNS 2167, National Inst. of Mental Health, Rockville, Md, 1971, 233 p.

Wolf, Enid, Gordon et al., A song for Lolita, Dans Music Educ. Journal, vol. 55, no. 9, mai 1969, p. 50-53.

Yandell, Wilson et William S. Jose II, Education for Times of Conflicts and Change, Discours présenté à la rencontre annuelle d'American Orthopsychiatric Association à San Francisco, le 24 mars 1970, Berkeley, Diablo Valley Education Project, New York, New York Friends Group, 1970, 29 p.

Young, Maria, Newstart; a psychosocial rehabilitation program of the social work department, Douglas Hospital, Montréal dans Intervention, no. 53, automne 1978, p. 5-16.

--------, La législation et le malade mental dans Santé mentale au Canada, vol. 27, no. 4, livraison de décembre 1979, p. 23.

--------, L'Odyssée, journal des usagers, de la Maison St-Jacques, vol. 13, no. 3, livraison de septembre/octobre 1980, 12 p.

--------, Quand les femmes se prennent en main, 6e colloque Québécois sur la santé mentale, 30 avril, 1 et 2 mai 1981, sous les auspices de l'hôpital Charles-Lemoyne, à l'Université Concordia, Montréal, (1981), (non paginé).

--------, Témoignages, dans L'Odyssée, Journal des usagers de la Maison St-Jacques, vol. 3, no. 2, livraison de juin/juillet 1980, p. 6-10.

LISTE DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES

LISTE DES PARTICIPANTS AUX ENTREVUES

A- Les intervenants:

BELISLE, Luc, directeur général du Centre de travail adapté de Laval.

BERTRAND, François, directeur général du Centre de réhabilitation pour adultes Caprol.

BERTRAND, Luce, psychologue, Croix Blanche.

BLONDIN, Henri-Paul, conseiller pédagogique au Service d'éducation des adultes de la Commission scolaire Ste-Croix.

BOISJOLY, Gisèle, professeur-animatrice au programme d'aide au logement à Verdun.

CADORETTE, Sylvie, praticienne en ressources au Centre hospitalier Louis-Hippolyte-Lafontaine.

CARRIERE, Monique, ergothérapeute au département de psychiatrie à la Cité de la Santé de Laval.

CHALIFOUX, Gaston, conseiller pédagogique à l'éducation des adultes au Réseau scolaire Chomedey de Laval.

CHARTIER, Francine, ergothérapeute à la clinique externe de l'Institut Albert-Prévost.

DUPUIS, Pierrette, praticienne en ressources au Centre hospitalier Louis-Hippolyte-Lafontaine.

DUVAL, Jacques, directeur général à l'Association canadienne de la santé mentale.

EMOND, Maurice, conseiller pédagogique à l'éducation des adultes de la Commission scolaire des Mille-Iles.

FORGET, Yvon, psychiatre.

GUAY, Chantal, animatrice communautaire au bureau Consultation jeunesse de Laval.

HAMELIN, Réjean, travailleur social au Bureau du Service social à Laval.

HARRISBURGER, Marianne, responsable-bénévole au Centre d'initiation aux loisirs de Laval.

HEBERT, Anne, recherchiste à la Commission des droits de la personne du Québec.

LAQUERRE, Béatrice, directrice du Partage humanitaire de Laval.

LEVESQUE, Christiane, ergothérapeute au département de psychiatrie à la Cité de la Santé de Laval.

MARSAN, Marcelle, infirmière psychiatrique au Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont.

MORENCY, Jeanne, responsable des services professionnels au Relais-Laval et présidente de l'Association Laval pour la déficience mentale.

NANTET, Pierre, responsable du service de pédagogie au Centre hospitalier Louis-Hippolyte-Lafontaine.

PATENAUDE, André, conseiller en main-d'oeuvre pour Emploi et immigration Canada au projet Arrimage.

RACINE, Marthe, responsable-bénévole au Centre d'initiation aux loisirs de Laval.

RICHARD, Françoise, responsable du "counselling" au projet Elan-Laval.

THERRIEN, Sylvie, praticienne en ressources au Centre hospitalier Louis-Hyppolyte-Lafontaine.

VEILLETTE, Diane, responsable de programmes à l'Association canadienne pour la santé mentale.

B- Groupes-témoins:

Les groupes-témoins ont été rencontrés par l'entremise du département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval.

. Groupe de femmes (25-45 ans)

. Groupe de jeunes adultes (20-30 ans)

. Groupe d'hommes (40-50 ans)

C- Individus:

Les entrevues individuelles avec des anciens patients psychiatriques ont été rendues possibles grâce à la collaboration du Centre d'initiation aux loisirs de Laval.

. Gilles, 33 ans

. Claudette, 43 ans

. Pierre, 27 ans